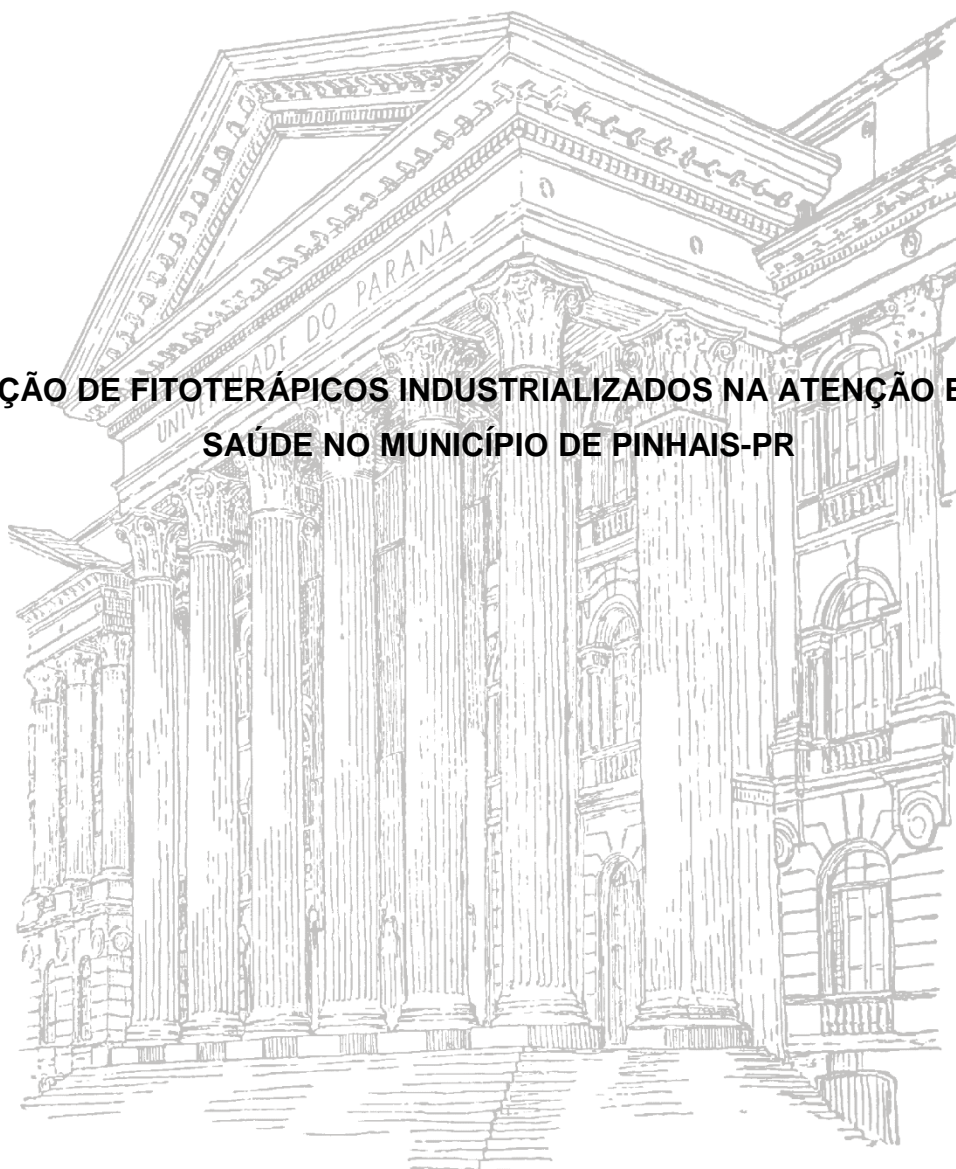


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CAROLINE GRIBNER

**INSERÇÃO DE FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR**



CURITIBA

2016

CAROLINE GRIBNER

**INSERÇÃO DE FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Profª Drª. Eliane Carneiro Gomes

Coorientadora: Profª Drª Yanna Dantas Rattmann

CURITIBA
2016

Gribner, Caroline
Inserção de fitoterápicos industrializados na Atenção Básica à Saúde no município de
Pinhais- PR / Caroline
Gribner – Curitiba, 2016.
114 f ; il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Eliane Carneiro Gomes
Coorientadora: Professora Dra. Yanna Dantas Rattmann
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas,
Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. SUS 2 Fitoterapia 3 Medicamentos. 4. Atenção Básica à Saúde I. Gomes, Eliane
Carneiro. II. Rattmann,
Yanna Dantas III Universidade Federal do Paraná IV Título

CDD 615 321

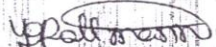
TERMO DE APROVAÇÃO

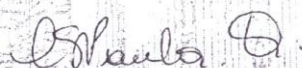
CAROLINE GRIBNER

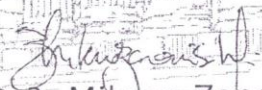
Título: **"INSERÇÃO DE FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR"**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Paraná, área de concentração: Insumos, medicamentos e correlatos.


Profª. Dra. Eliane Carneiro Gomes
Orientadora


Profª. Dra. Yanna Dantas Rattmann
Co-orientadora


Profª. Dra. Cristiane da Silva Paula de Oliveira
Universidade Federal do Paraná


Profª. Dra. Milene Zanoni da Silva
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 06 de dezembro de 2016.

*A minha família, que tanto apoiou e incentivou o
meu crescimento profissional.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por ter me dado forças em todos os momentos, mesmo nos mais difíceis ele nunca me abandonou. Fazendo com que eu superasse cada dificuldade e obstáculos que passavam em meu caminho.

À minha família, os meus pais **Maria de Lourdes Gribner** e **Luiz Carlos Duda Gribner**, e ao meu irmão, **Carlos Henrique Gribner**. Pelo apoio, amor, compreensão e dedicação, por tomar como deles o meu sonho. Aos meus pais eu agradeço principalmente pela educação que me ofereceram, pois sem ela não havia me tornado o que sou, e nem chegaria aonde cheguei. Amo vocês de uma forma pura e sincera.

À minha orientadora, **Drª Eliane Carneiro Gomes**, pela motivação, orientação, comprometimento, amizade e paciência. Por ter me conduzido na construção deste trabalho e na minha formação profissional.

À minha coorientadora, **Drª Yanna Dantas Rattmann**, pela serenidade em me conduzir e orientar, pela doçura, pelo carinho, por me ter como uma amiga, pelos conhecimentos e conselhos que eram oferecidos nos momentos certos.

Ao Laboratório de Estatística Aplicada da Universidade Federal do Paraná, em especial ao professor **Drº Paulo Ricardo Bitencourt Guimarães**, pelo apoio e comprometimento em me auxiliar e orientar nas análises estatísticas.

Aos meus **amigos**, que em momentos difíceis souberam me aconselhar, sempre me motivando, apoiando e contribuindo da melhor maneira.

Ao **Município de Pinhais** em especial à **Nicolle Cristina Rodrigues Mansilla**, pela prontidão em me ajudar em tudo o que fosse preciso, e pela receptividade que tive em desenvolver o meu projeto.

A **todas as pessoas**, que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho. Obrigado a todos por tudo.

*“Seja forte e corajoso! Não fique desanimado, não
tenha medo, porque eu, o Senhor, seu Deus,
estarei com você em qualquer lugar para onde
você for!”
(Josué 1:9)*

RESUMO

A utilização de fitoterápicos industrializados no Sistema Único de Saúde (SUS) tem crescido de maneira notável na atenção básica à saúde. O início desta ampliação ocorreu a partir de 2006 por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; que, junto ao Ministério da Saúde, incentivam pesquisas e favorecem a produção, distribuição e utilização destes produtos de modo racional no SUS. Assim, este estudo investigou a inserção de Medicamentos Fitoterápicos na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais, localizado na Região Metropolitana de Curitiba. Neste contexto, foi investigada a utilização de fitoterápicos industrializados por pacientes atendidos nas 10 Unidades Básicas da Estratégia de saúde da família, no município de Pinhais. De forma conjunta, buscou-se identificar os fatores facilitadores e as dificuldades que envolvem a prescrição destes produtos por parte dos profissionais médicos e gestores das unidades de saúde do município estudado, com vistas a avaliar esta opção terapêutica na melhoria da saúde dos usuários. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal. Os dados primários foram obtidos utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado, aplicado aos gestores (n=10), médicos (n=44) e pacientes (n=267) da atenção básica à saúde do município escolhido. As coletas de dados aconteceram nos meses de fevereiro e março de 2016. Os gestores em sua totalidade mostraram-se favoráveis à disponibilização de fitoterápicos nas Unidades de Saúde em que atuam, considerando importante a dispensação destes aos usuários do SUS (100%). A amostra dos profissionais médicos vinculados às Unidades de Saúde do município de Pinhais foi composta por indivíduos de diferentes nacionalidades. A grande maioria dos profissionais (93,18%) considera importante a dispensação de fitoterápicos como complementar ao tratamento dos usuários na atenção básica à saúde. Porém, relatam que existem problemas que dificultam o avanço do uso de fitoterápicos no SUS, sendo a falta de conhecimento médico o motivo mais citado pelo grupo entrevistado. De um modo geral, os pacientes relataram resultados positivos com o tratamento realizado com fitoterápicos industrializados (89,33%). Pode-se observar que existe uma relação estatística significativa ($p<0,05$), demonstrando que as mulheres utilizam mais destes medicamentos quando comparado com os homens. O presente estudo demonstrou a boa aceitação pelos pacientes em realizar um tratamento com fitoterápicos industrializados. Já os gestores e profissionais de saúde que prescrevem estes medicamentos ressaltam que ainda existem muitas dificuldades envolvidas na implantação da fitoterapia no SUS que precisam ser avaliadas, a fim de contribuir com o fortalecimento da fitoterapia como prática racional.

Palavras-chaves: SUS; Fitoterápicos; Práticas Integrativas; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The use of industrialized herbal medicines in the Unified Health System (SUS) has grown remarkably in basic health care. The beginning of this expansion occurred as of 2006 with the National Policy of Integrative and Complementary Practices of SUS, and the National Policy of Medicinal and Phytotherapeutic Plants; which, together with the Ministry of Health, encourage research and favored the production, distribution and the use of these products in a rational way in the SUS. Thus, this study investigated the insertion of Phytotherapeutic Medications in Basic Health Care in the city of Pinhais, located in the Metropolitan Region of Curitiba. In this context, the use of industrialized herbal medicines was investigated in patients treated in the 10 Basic Units of the family health strategy, in the municipality of Pinhais. The aim was to identify the facilitating factors and the difficulties involved in the prescription of these products by the medical professionals and managers of the health units of this studied municipality, in order to evaluate this therapeutic option in improving the health of the users. It is a quantitative, observational and cross-sectional study. The primary data were obtained using a semistructured questionnaire applied to the managers (n = 10), physicians (n = 44) and patients (n = 267) of the basic health care of the chosen municipality. Data collection took place in February and March 2016. Managers in their totality were favorable to the availability of herbal medicines in the Health Units in which they work, considering their dispensation to SUS users (100%) important. The sample of medical professionals linked to the Health Units of the municipality of Pinhais was composed of individuals of different nationalities. The great majority of professionals (93.18%) consider the dispensation of phytotherapies important as a complement to the treatment of users in basic health care. However, they report that there are problems that hamper the progress of the use of herbal medicines in SUS, and the lack of medical knowledge is the reason most cited by this interviewed group. Overall, patients reported positive results with treatment with industrialized herbal medicines (89.33%). It can be observed that there is a statistically significant relationship ($p < 0.05$), demonstrating that women use more these drugs compared to men. The present study demonstrated the good acceptance by the patients to perform a treatment with industrialized herbal medicines. The managers and health professionals who prescribe these drugs point out that there are still many difficulties involved in the implantation of phytotherapy in SUS that need to be evaluated in order to contribute to the strengthening of phytotherapy as a rational practice.

Keywords: SUS; Phytotherapies; Integrative Practices; Basic Health Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS EM FITOTERAPIA.....	21
FIGURA 2 – QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS POR PRÁTICA INTEGRATIVA DE JANEIRO A AGOSTO DE 2016	35
FIGURA 3 – POSIÇÃO GEOGRÁFICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA.....	44
FIGURA 4 – BAIRROS QUE COMPÕEM O MUNICÍPIO DE PINHAIS E ESTIMATIVA POPULACIONAL.....	46
FIGURA 5 – DISPOSIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PINHAIS.....	47
FIGURA 6 – LOCAIS DE REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS PARA O GRUPO DE PACIENTES.....	54
FIGURA 7 – FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS DISPONÍVEIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA	60
FIGURA 8 – FREQUÊNCIA DA DISPENSAÇÃO DOS FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS EM PINHAIS NO PERÍODO DE 2012 – 2015.....	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	ULTIMA REVISÃO DOS MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS PRESENTES NA RENAME.....	37
QUADRO 2 –	POPULAÇÃO ATENDIDA NAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS.....	47
QUADRO 3 –	MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA QUE DISPENSAM MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	58
QUADRO 4 –	VANTAGENS CITADAS PELOS PACIENTES QUE UTILIZAM FITOTERÁPICOS.....	82

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	PLANO AMOSTRAL PARA O GRUPO DE PACIENTES.....	53
TABELA 2 –	ESTIMATIVA POPULACIONAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA.....	61
TABELA 3 –	FAIXA ETÁRIA DOS GESTORES.....	64
TABELA 4–	MOTIVOS CONSIDERADOS IMPORTANTES PELOS GESTORES SOBRE A DISPONIBILIZAÇÃO DE FITOTERÁPICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	65
TABELA 5 –	CUSTO DOS MEDICAMENTOS PACTUADOS PELO MUNICÍPIO DE PINHAIS.....	66
TABELA 6 –	FITOTERÁPICOS CITADOS PELOS GESTORES.....	66
TABELA 7 –	RELATO DOS GESTORES EM RELAÇÃO À ACEITAÇÃO MÉDICA.....	68
TABELA 8 –	NACIONALIDADE DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS.....	69
TABELA 9 –	FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS	70
TABELA 10 –	TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE PINHAIS.....	70
TABELA 11 –	FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS CITADOS PELOS PROFISSIONAIS MÉDICOS.....	72
TABELA 12–	DIFICULDADES CONSIDERADAS COMO UM PROBLEMA PELA EQUIPE MÉDICA PARA O AVANÇO DO USO DOS FITOTERÁPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	73
TABELA 13 –	RELAÇÃO DA NACIONALIDADE DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS COM A REALIZAÇÃO DE DISCIPLINAS E CURSOS SOBRE FITOTERAPIA.....	78
TABELA 14 –	FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES ENTREVISTADOS.....	80
TABELA 15 –	NÍVEIS DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES ENTREVISTADOS.....	80
TABELA 16 –	FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS CITADOS PELOS PACIENTES ENTREVISTADOS.....	83
TABELA 17 –	RELAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES COM O USO E EFICÁCIA DOS FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS UTILIZADOS.....	85

TABELA 18 – RELAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES COM O USO E EFICÁCIA DAS PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS.....	86
TABELA 19 – COMPARAÇÃO ENTRE O SEXO DOS PACIENTES E O USO DE FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS OU PLANTAS MEDICINAIS.....	87

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEME	– Central de Medicamentos
CBAF	– Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CIPLAN	– Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
COMEC	– Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PICS	– Práticas Integrativas Complementares
PNAB	– Programa Nacional de Atenção Básica
PNAF	– Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	– Política Nacional de Medicamentos
PNPIC	– Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	– Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RAS	– Rede de Atenção à Saúde
REMUME	– Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	– Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENISUS	– Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RMC	– Região Metropolitana de Curitiba
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVOS	19
1.1.1	Objetivo Geral.....	19
1.1.2	Objetivos Específicos	19
2.	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	FITOTERAPIA.....	20
2.1.1	Conceituação da Fitoterapia e expressões relacionadas	20
2.1.2	Aspectos Históricos da Fitoterapia	22
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	24
2.2.1	Níveis de Atenção à Saúde no SUS.....	25
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	27
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	28
2.5	INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA....	29
2.5.1	Uso racional dos Fitoterápicos	31
2.6	POLÍTICAS QUE INCENTIVARAM A INCLUSÃO DA FITOTERAPIA NO BRASIL E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	32
2.7	MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	35
2.7.1	Aquisição dos Medicamentos Fitoterápicos como Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo Serviço Público	38
2.8	POLÍTICAS E PROGRAMAS PARA INSERÇÃO DE FITOTERÁPICOS NO SUS	39
3.	MATERIAL E MÉTODOS	42
3.1	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	42
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	42
3.2.1	Região Metropolitana de Curitiba	42
3.2.1.1	Municípios da RMC que dispensam fitoterápicos industrializados	44
3.2.2	Município selecionado para estudo	45
3.2.2.1	Fatores de inclusão	45
3.2.3	Características do local de estudo.....	45
3.3	COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO ESCOLHIDO	48
3.3.1	Coleta de Dados Secundários	48
3.3.1.1	Relatório de Atendimentos Médicos	48

3.3.1.2	Relatório de Dispensação dos Fitoterápicos Industrializados.....	49
3.3.2	Coleta de Dados Primários.....	49
3.3.2.1	Realização do Estudo Piloto.....	50
3.3.2.1.1	Ajustes Realizados na Etapa Piloto dos Questionários	51
3.3.2.2	Aplicação dos Questionários	51
3.3.2.2.1	Gestor Municipal de Saúde	52
3.3.2.2.2	Profissional Médico das Unidades de Saúde	52
3.3.2.3	Realização das Entrevistas	53
3.3.2.3.1	Pacientes das Unidades de Saúde.....	53
3.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	55
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1	DISPENSÇÃO DE FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA.....	57
4.2	DEFINIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	61
4.3	DISPENSÇÃO DOS FITOTERÁPICOS IDUSTRIALIZADOS NO MUNICÍPIO DE PINHAIS	62
4.4	CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS	64
4.4.1	Importância da Inserção dos fitoterápicos no SUS sob olhar do gestor ..	65
4.4.2	Conhecimento dos gestores em relação às Políticas Públicas que regulamentam os fitoterápicos no SUS	67
4.4.3	Dificuldades enfrentadas pelos gestores	68
4.5	CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINHAIS.....	69
4.5.1	Experiência Médica com o uso e prescrição de fitoterápicos Industrializados	71
4.5.2	O uso da Fitoterapia como Alternativa ao tratamento Convencional.....	73
4.5.3	A busca por atualização pelo profissional de saúde sobre fitoterapia	75
4.5.4	O conhecimento dos profissionais sobre diretrizes que regulamentam a inclusão da fitoterapia no SUS	77
4.5.5	Formação Médica para diferentes nacionalidades	78
4.6	CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	79

4.6.1	Utilização de Fitoterápicos pelos Pacientes Entrevistados.....	80
4.6.2	Associação entre as variáveis estudadas para o grupo de pacientes	85
4.7	SUGESTÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PALESTRAS INFORMATIVAS SOBRE FITOTERAPIA.....	88
5.	CONCLUSÕES	89
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GESTORES	102
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS	104
	APÊNDICE 3 – ENTREVISTA REALIZADA COM OS PACIENTES	106
	ANEXO 1 – TCLE APLICADO AOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS.....	108
	ANEXO 2 – TCLE APLICADO AOS MÉDICOS PRESCRITORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS	110
	ANEXO 3 – TCLE APLICADO AOS USUÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS.....	112
	ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	114

1 INTRODUÇÃO

O homem, desde a antiguidade, busca na natureza os recursos para obter melhores condições de vida e auxiliar na manutenção ou recuperação de sua saúde. Somam-se a isto, valiosos conhecimentos relacionados ao uso de plantas medicinais, tendo à disposição muitas espécies como matéria prima para fitoterápicos e outros medicamentos. O Brasil é, portanto, um país privilegiado, pois possui vasta biodiversidade étnica e cultural (NIERO et al., 2003; BRASIL, 2006a).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, grande parte da população de países em desenvolvimento utiliza da medicina tradicional para tratar problemas de saúde, sendo que 80% utilizam de práticas tradicionais. Entre estas práticas, 85% dos usuários utilizam plantas medicinais ou suas preparações, o que faz com que a medicina tradicional definida como “conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas baseados em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, utilizadas na manutenção da saúde”, seja complementar às necessidades básicas de saúde e à atenção básica. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012c).

As práticas integrativas e complementares no Brasil passaram a ser estimuladas e difundidas no SUS. Desta forma, grandes investimentos foram realizados, com o objetivo de auxiliar na implantação de programas e projetos que possibilitem a produção e distribuição de plantas e fitoterápicos, para que os pacientes tenham acesso a estes medicamentos como uma opção de ampliar a terapêutica (BRASIL, 2012a).

Na Medicina Integrativa tem-se um sentido mais amplo da cura, por meio da integração da medicina tida como convencional com a medicina não convencional, tratando a pessoa em seu todo. As terapias complementares por sua vez também podem utilizadas em conjunto com as terapias convencionais. Já as práticas alternativas adotam uma postura holística diante da saúde, em busca de um atendimento integral do paciente, ao substituir tratamentos convencionais (OTANI, BARROS, 2011).

A utilização de medicamentos fitoterápicos como um recurso terapêutico foi oficialmente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde em 1978. Após a década de 80 diversas Resoluções, Portarias e Relatórios foram elaborados tendo como foco a disponibilização de medicamentos fitoterápicos em unidades de saúde

De forma conjunta houve um fortalecimento e crescimento do interesse popular em implantar a fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001a).

O início desta ampliação começou a ocorrer em 2006 por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, divulgada pela Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006, visando estimular a inserção de novos recursos terapêuticos inclusive a fitoterapia (BRASIL, 2006b). Logo em seguida foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que tem como objetivo garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, pensando no uso sustentável da biodiversidade nacional (BRASIL, 2006c).

O uso de fitoterápicos apresenta diferentes contextos, sendo reconhecido como um recurso terapêutico, com relevância científica e profissional, com destaque na atenção primária à saúde.

No Brasil, de janeiro a agosto de 2016 foram informados 75.410 atendimentos com oferta de fitoterápicos, o que demonstra os avanços alcançados nestes 10 anos após a publicação de legislações que regulamentam a sua implantação no SUS (DAB, 2016).

Mesmo assim, o uso de fitoterápicos ainda não se mostra como uma realidade na atenção básica à saúde. Diversas experiências foram descritas na literatura científica, na qual fica evidente a presença de ações previstas pelo Ministério da Saúde. Porém ainda existem dificuldades que precisam ser superadas como a ausência da formação em plantas medicinais, pouco conhecimento sobre a legislação vigente, falta de recursos, poucos estudos clínicos entre outros. De forma que a consolidação e ampliação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos fiquem comprometida (ANTONIO, 2013; BRUNING et al., 2012; DUTRA, 2009; FONTENELE et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2006a; ROSA et al., 2011).

O uso de fitoterápicos se justifica, pois estes apresentam boa eficácia, têm menor potencial de provocar efeitos adversos se comparado a alguns medicamentos alopáticos convencionais, são de fácil acesso, contribuem com novos empregos nos municípios que implementam a Fitoterapia, além de possibilitar aos profissionais de saúde outra opção de tratamento (LORENZI e MATOS 2002; TOMAZZONI, 2004; FIGUEREDO et al., 2014).

O incentivo do uso de fitoterápicos como terapia complementar, melhora o acesso da população a tratamentos integrativos e complementares além de

proporcionar o uso sustentável da biodiversidade brasileira e o desenvolvimento tecnológico e industrial da saúde (BRASIL, 2012b). Problemas econômicos em conjunto com a falta de pesquisas contribuem com a ausência de uma política governamental que explore com mais seriedade as riquezas biológicas, o que pode justificar em parte a pouca evolução de estudos (BRASIL, 2006d).

Desta forma é de fundamental importância a inserção da fitoterapia nas políticas de saúde em municípios e estados, com garantia de segurança, eficácia, qualidade e reprodutibilidade do efeito; tendo em vista a melhora da atenção à saúde e a inclusão social. E, embora ocorram várias ações no sentido de implementar os fitoterápicos no SUS, esse crescimento ainda não foi suficiente para torná-la uma prática frequente nos serviços de saúde (FIGUEREDO et al., 2014).

Assim este estudo avaliou a inserção de fitoterápicos industrializados na atenção básica à saúde, aqui representada por Unidades Básicas de Saúde, no município de Pinhais, localizado na região metropolitana de Curitiba, estado do Paraná (PR), Brasil, com vistas a avaliar esta opção terapêutica na melhoria da saúde dos usuários e as possíveis dificuldades enfrentadas neste contexto.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar sob o olhar dos gestores, médicos e pacientes a inserção de Medicamentos Fitoterápicos Industrializados na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais, localizado na Região Metropolitana de Curitiba.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Relacionar os municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) que distribuem fitoterápicos industrializados do SUS em suas unidades básicas de saúde;
- Relacionar os fitoterápicos industrializados disponibilizados para dispensação nas unidades básicas de saúde de municípios da RMC; e analisar os mais prescritos no município escolhido;
- Identificar o perfil de prescrição de fitoterápicos industrializados no SUS no município selecionado pelos profissionais de saúde;
- Identificar a utilização de fitoterápicos industrializados por parte dos pacientes entrevistados;
- Identificar os fatores facilitadores e as dificuldades que envolvem a prescrição de fitoterápicos industrializados pela atenção básica no SUS no município avaliado, por parte dos profissionais médicos e gestores das unidades de saúde avaliadas;
- Verificar a formação dos médicos envolvidos na prescrição de fitoterápicos industrializados nas Unidades Básicas de Saúde do município avaliado;
- Contribuir para o planejamento de ações educativas a fim de sensibilizar e estimular o uso por parte dos profissionais de saúde de fitoterápicos disponibilizados pelo município.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FITOTERAPIA

2.1.1 Conceituação da Fitoterapia e expressões relacionadas

Segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, a Fitoterapia pode ser definida como um recurso terapêutico que se caracteriza pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, não utilizando de substâncias ativas isoladas, ainda que possuam origem vegetal (BRASIL, 2006b).

A partir disso, é importante separar e definir termos, nos quais normalmente se emprega a fitoterapia. De forma mais ampla, a **planta medicinal** é considerada “uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos”. Ela pode estar como planta fresca, a qual é coletada no momento em que será utilizada, ou a planta seca, que passa pelo processo de secagem, podendo também ser denominada de droga vegetal (BRASIL, 2006a).

Segundo a legislação brasileira a **droga vegetal** é aquela obtida das plantas medicinais ou de suas partes nas quais são encontradas substâncias com potencial ação terapêutica, mesmo após passarem por processos de coleta, estabilização, secagem, podendo estar na sua forma íntegra, rasurada, triturada ou até mesmo pulverizada (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a).

Da planta medicinal também pode se obter o **derivado vegetal**, através de processos de extração da planta *in natura* ou até mesmo da droga vegetal; podendo estar na forma de “extrato, tintura, alcoolatura, óleo fixo ou volátil, cera, exsudato”, entre outros (BRASIL, 2014a). Assim, a planta medicinal, a droga vegetal ou o derivado vegetal, compõe o grupo definido como **matéria prima vegetal** (BRASIL, 2014a).

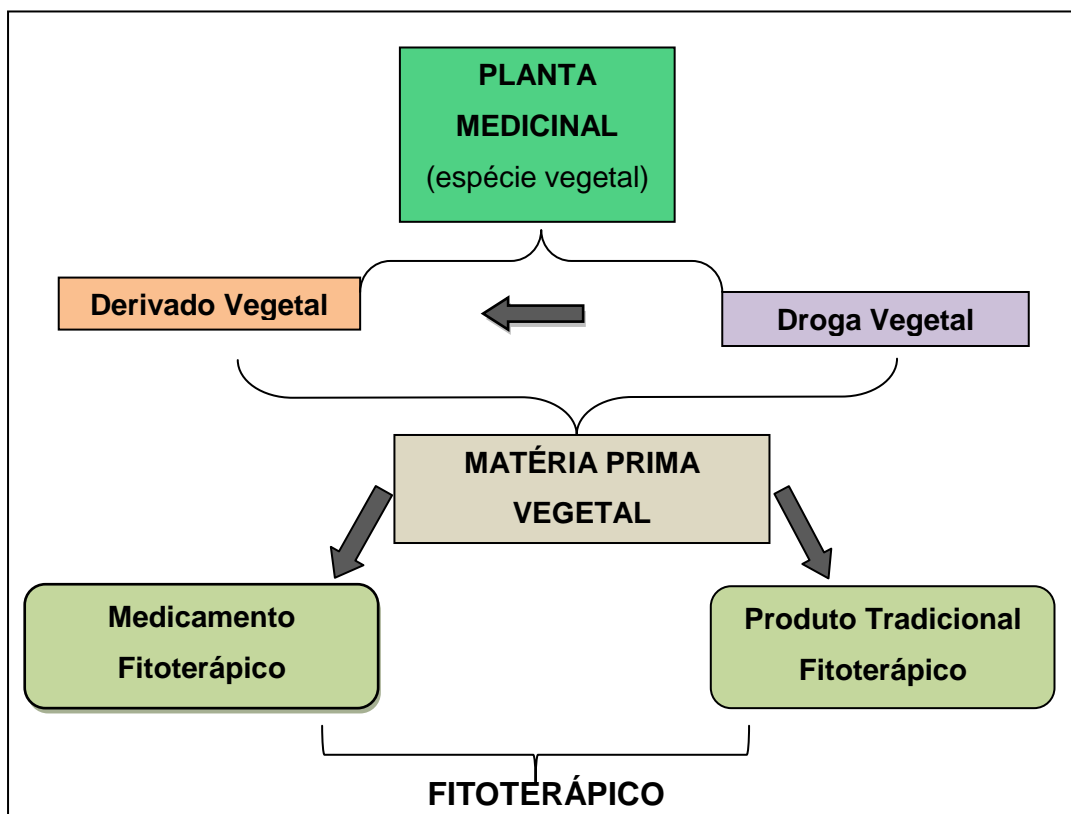
Por sua vez, os **medicamentos fitoterápicos** são produtos industrializados que são tecnicamente elaborados, originados de modo exclusivo de matérias-primas vegetais, que de forma complementar pode ser caracterizado pelo conhecimento da sua eficácia e eficiência baseada por meio de evidências clínicas, riscos relacionados ao seu uso, capacidade de reprodutibilidade e manutenção de sua qualidade. Estes podem também ser obtidos por meio da manipulação de matérias-

primas vegetais em farmácias de manipulação (NIERO et al., 2003; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2014a). Esta definição não é válida para aqueles que possuam em sua composição substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, sintética ou natural, nem as associações destas com extratos vegetais (BRASIL, 2006a).

Recentemente foi estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a definição de **produto tradicional fitoterápico**, que compreende aqueles obtidos exclusivamente de matérias-primas vegetais, cuja segurança e efetividade são baseadas em dados da literatura técnico-científica, que incluem publicações nacionais e internacionais, não sendo preciso evidências clínicas e acompanhamento médico para sua utilização (BRASIL, 2014a).

Desta forma, neste trabalho quando citado o termo “**fitoterápico industrializado**” estão compreendidos aqueles produtos que se encontram em uma forma farmacêutica industrializada, considerados “medicamentos fitoterápicos” e “produtos tradicionais fitoterápicos”, que compõem um amplo grupo denominado “fitoterápico”, os quais possuem como origem a “matéria prima vegetal” (FIGURA 1).

FIGURA 1 – RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS EM FITOTERAPIA



FONTE: A autora (2016).

2.1.2 Aspectos Históricos da Fitoterapia

O uso da fitoterapia e plantas medicinais na terapia humana é uma das práticas terapêuticas mais antigas da humanidade que vem sendo utilizada por muitos séculos. Apresentando origem tanto do conhecimento popular como das experiências científicas (FERREIRA et al., 2014).

Documentos relatam que o uso dos produtos naturais já podiam ser evidenciados em documentos sumérios e babilônicos em 3000 a.C, que relatavam a utilização do ópio. Com o passar dos anos, ficava cada vez mais evidente os benefícios alcançados com o uso das plantas medicinais, através da Medicina Tradicional Chinesa (2500 a.C) (HERBARIUM, 2012).

Corroborando com as evidências relatadas, em 1873 foram encontrados dados do antigo Egito nos Papiros de Ebers de 1.500 a.C que já relatavam o uso de plantas com fins terapêuticos sendo considerada uma das primeiras constatações do uso da fitoterapia pelos egípcios (HALLMANN-MIKOLAJCAK, 2004; HERBARIUM, 2012).

Hipócrates (400 a.C), considerado o “Pai da Medicina”, unificou em sua obra, “*Corpus Hippocraticum*”, uma relação de tratamentos que poderiam ser realizados utilizando de produtos com origem vegetal (MARTINS et al., 2000).

Na idade média o médico Paracelso já afirmava, “A arte de curar vem da natureza e não do médico. Por isso o médico deve tomar a natureza como ponto de partida...” motivando desta forma a medicina natural, onde vários médicos já utilizavam das plantas como remédios (SINGH; ERNST, 2013).

No Brasil a utilização de plantas medicinais conta com a influência de diferentes culturas, nativas ou advindas de outros continentes. Por exemplo, os africanos que descobriram algumas propriedades farmacológicas de determinadas plantas, utilizando-as também em rituais religiosos. Estes conhecimentos foram passados para os europeus que desembarcavam no Brasil, tornando o uso das plantas uma alternativa terapêutica (LORENZI; MATOS, 2002).

Com o avanço do desenvolvimento dos medicamentos sintéticos, a terapia à base de plantas foi considerada sem embasamento científico, o que impulsionou o desenvolvimento industrial dos medicamentos que tinham a planta como uma fonte de matéria-prima para a indústria farmacêutica. Assim, o uso da fitoterapia foi gradativamente substituído pelos medicamentos industrializados.

Porém, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), grande parte da população de países em desenvolvimento utiliza da medicina tradicional para tratar problemas de saúde, sendo que 80% utilizam de práticas tradicionais, entre estas, 85% utilizam plantas medicinais ou suas preparações, o que faz com que a medicina tradicional seja complementar às necessidades básicas de saúde (BRASIL, 2006a).

Desta forma a OMS vem tentando valorizar o uso das plantas medicinais na área da saúde, assumindo este compromisso desde a Alma Ata de 1978, que propunha ações que auxiliassem na promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Com o passar do tempo o uso das plantas e fitoterápicos foi crescendo, muito se deve ao seu baixo custo quando utilizados nos cuidados primários à saúde, como maneira de suprir a falta de alguns medicamentos na rede de saúde principalmente em países em desenvolvimento (CALIXTO, 2001; BRASIL, 2006a).

A partir disso, portarias, leis e resoluções vêm sendo desenvolvidas a fim de contribuir com o uso da fitoterapia. Como exemplo, surgem os grandes investimentos que foram realizados, como o repasse de cerca de 6,7 milhões de reais para auxiliar na implantação de programas e projetos que possibilitem a produção e distribuição de plantas e fitoterápicos, para que os pacientes tenham acesso a estes medicamentos como uma opção terapêutica (BRASIL, 2012a).

Desta forma o Brasil conseguiu desenvolver um modelo na área de plantas medicinais e fitoterápicos, tendo como base o uso sustentável da biodiversidade do país (BRASIL, 2006a).

Atualmente o registro dos medicamentos fitoterápicos e de produtos tradicionais fitoterápicos é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio da RDC nº26, de 13 de maio de 2014. Esta resolução estabelece requisitos importantes que garantem o controle de qualidade, eficácia e segurança, comprovadas por meio do desenvolvimento de relatórios realizados com base na pontuação em literatura científica, ensaios clínicos e pré-clínicos, informações sobre o uso tradicional, ou a presença na “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado”, de forma a garantir a qualidade do medicamento a ser utilizado pela população (BRASIL, 2014a).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação do Sistema único de Saúde (SUS) em 1988, por meio da promulgação da Constituição Federal Brasileira em seu artigo 196, como uma maneira de retornar a um regime democrático, estabelece como um de seus objetivos a saúde como um “direito de todos e dever do Estado” dando origem assim a um sistema público integral, com uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988a).

A União, Estados, Distrito Federal e Municípios têm a função de garantir este direito à população, desenvolvendo políticas sociais e econômicas que busquem a redução do desenvolvimento de doenças, promovendo assim a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988a).

Desta forma a implantação do SUS tenta sistematizar as ações sendo por isso denominada de sistema, a fim de unificar os mesmos princípios e diretrizes em todo país em busca da melhoria da saúde de toda a população.

De forma complementar a criação do SUS na constituição, foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde que serviram como base jurídica e constitucional a fim de contribuir com a sua regulamentação.

A primeira Lei Orgânica da Saúde foi a nº 8.080 de 1990, a qual trata sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reforçando que a saúde é um direito de todos e que o Estado é o responsável por proporcionar as condições necessárias para que ela seja alcançada (BRASIL, 1990a).

Ressalta-se que os objetivos do SUS são incentivar a implantação de políticas de saúde que visem o desenvolvimento de ações que busquem a redução dos agravos à saúde, em conjunto com a realização de ações desenvolvidas de forma integrada para que os fatores relevantes e determinantes para a manutenção da saúde sejam identificados (BRASIL, 1990a).

Possui como norteador três princípios doutrinários que são, (i) a universalidade, que garante o acesso aos serviços de saúde a qualquer pessoa; (ii) a equidade que assegura que os serviços prestados serão conforme a necessidade dos usuários e a (iii) integralidade, na qual cada indivíduo é tratado como um todo indivisível, em todos os graus de complexidade com assistência preventiva e curativa (BRASIL, 1990a).

Além dos princípios citados acima, o SUS possui também algumas diretrizes que regem a sua organização como, a (i) regionalização e hierarquização dos serviços, sendo estes organizados em níveis crescentes de complexidade; (ii) a resolubilidade dos problemas, até os limites da sua competência; a (iii) descentralização, caracterizada pela distribuição das responsabilidades entre os vários níveis do governo; a (iv) participação dos cidadãos no desenvolvimento de políticas de saúde dos níveis federal ao local, por meio dos conselhos de saúde; e (v) a complementação do setor privado quando o setor público não contemplar todos os serviços necessários em sua estrutura própria para atendimento à população (BRASIL, 1990a).

De forma a complementar a lei orgânica citada anteriormente, foi aprovada no mesmo ano, a segunda Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e os recursos financeiros do SUS, garantindo um controle social por meio das conferências e conselhos de saúde já citadas na Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990b).

A criação destas leis veio como uma forma de organizar e propor modificações ao inadequado sistema de saúde do Brasil na época, o qual apresentava diversos problemas como a excessiva centralização, reduzidos recursos financeiros, insatisfação da população com o atendimento oferecido, serviços de baixa qualidade e um grande descompromisso social (BRASIL, 1990c).

2.2.1 Níveis de Atenção à Saúde no SUS

A organização do SUS se faz por meio de níveis de atenção à saúde, que se organizam de forma hierarquizada, podendo ser classificados como de básica, média e alta complexidade, as quais estão de forma complementar integradas umas com as outras (BRASIL, 2004a).

Tal estruturação busca a melhora da programação e desenvolvimento de atividades e serviços oferecidos, ressaltando que um dos princípios do SUS inclui a integralidade, não podendo assim, desprezar nenhum dos níveis citados anteriormente (BRASIL, 2004a).

O primeiro nível de atenção à saúde no SUS corresponde à **atenção básica** em saúde. Que se bem estruturada, resulta em um melhor funcionamento dos

serviços que envolvem os outros níveis de média e alta complexidade; desta forma, se resolve nas Unidades Básicas de Saúde a maior parte dos problemas mais comuns de saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

A atenção básica é organizada com o objetivo de proporcionar a solução dos problemas que apresentam maior frequência e relevância populacional por meio de ações de promoção, prevenção, correto diagnóstico, tratamento e reabilitação. Utiliza tecnologias de menor custo e executa suas atividades por meio de uma equipe multiprofissional, que desenvolve atividades gerenciais e sanitárias, voltadas a populações de regiões delimitadas (BRASIL, 2004a).

No Brasil existem numerosas unidades que proporcionam a atenção básica, sendo estruturadas de acordo com as características de cada região. Estas podem ser: Unidades de Saúde da Família, Unidades de Saúde Fluvial ou Terrestre, ambulatórios de unidades hospitalares, entre outros (BRASIL, 2005).

Desta maneira o SUS vem consolidando um modelo de atenção básica exercida através da descentralização, buscando identificar os problemas e necessidades, desenvolvendo atividades que possibilitem a comunicação entre os diversos pontos na atenção, identificando a real necessidade dos usuários, e tendo como preferência o contato com os usuários deste sistema, que veem esta oportunidade como um facilitador a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que foca no cuidado integral dos usuários, tendo estabelecida a atenção básica como principal porta de entrada no sistema (BRASIL, 2012d).

Como resultado, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada por meio da Portaria nº 648/GM, em maio de 2006, atualizada pela Portaria nº 2.488 de 2011, que busca a ampliação contínua de iniciativas que primam pelo cuidado do usuário, através da promoção da saúde (BRASIL, 2011a).

A fim de expandir a atenção básica, o Ministério da Saúde, desenvolve estratégias como, a Estratégia Saúde da Família, que busca pela reorganização da atenção básica em nosso país; de forma conjunta, cria-se também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que, por meio de uma equipe multidisciplinar, apoia a equipe básica que compõe a Saúde da Família, buscando contribuir com a integralidade no atendimento (BRASIL, 2011a).

O segundo nível de atenção à saúde no SUS é o atendimento de **média complexidade**, cujas ações estão voltadas aos principais agravos de saúde da população. Suas ações são executadas por uma equipe formada por profissionais

especializados que contam com o apoio de tecnologias mais complexas para o correto diagnóstico e orientação da terapêutica a ser escolhida (BRASIL, 2005).

O terceiro nível de atenção à saúde no SUS corresponde ao atendimento de **alta complexidade**, no qual o paciente tem o acesso a procedimentos que envolvem tecnologias complexas, de alto custo, como procedimentos de diálise, procedimentos cirúrgicos, acompanhamento a pacientes com câncer, transplantes e demais procedimentos que podem ser encontrados no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (BRASIL, 2005).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A criação da Política Nacional de Medicamentos foi vista como uma necessidade, pois a Lei 8.080 de 1990 determina a participação do SUS em ações de assistência terapêutica integral incluindo a assistência farmacêutica, tornando necessária a formulação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1990a).

Sendo assim, em 1998 através da Portaria nº 3.916, foi aprovado pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que possui como base conceitos do SUS (BRASIL, 1998).

Apresenta como princípio norteador o acesso da população a medicamentos seguros, que sejam eficazes e de qualidade, possuindo também um baixo custo; além de se preocupar com a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

Para isso, algumas diretrizes foram desenvolvidas a fim de facilitar o alcance ao propósito em comum. Entre elas temos a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que possui os medicamentos essenciais e indispensáveis para atender as doenças e problemas mais recorrentes da população, orientando a padronização dos medicamentos, o que contribui com a redução de custos. Além disso, prevê ainda a regulamentação sanitária dos medicamentos, a organização da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos controlando a automedicação, o incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção dos medicamentos que constam na RENAME, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos através de inspeções, e a

capacitação dos recursos humanos através de incentivos ao desenvolvimento pessoal (BRASIL, 1998).

De modo complementar, a PNM contribuiu também com avanços no desenvolvimento e descoberta de novos fitoterápicos, ao buscar evidências em pesquisas que exploram a capacidade terapêutica da flora e fauna nacional, a fim de comprovar o seu potencial farmacológico (BRASIL, 2001b).

Portanto a criação da PNM trouxe diversas contribuições que além de proporcionarem benefícios à sociedade fez com que avançasse o desenvolvimento social do país, trazendo um grande dinamismo que vem contribuindo com a melhoria contínua das condições de saúde (PORTELA et al., 2010). Além de contribuir para um melhor posicionamento do governo brasileiro no que diz respeito à questão dos medicamentos. Desta maneira fica evidente o interesse do Ministério da Saúde em formalizar as diretrizes presentes na PNM, através da ampliação de acesso a estes medicamentos (OLIVEIRA et al., 2006b).

Um importante resultado alcançado pela PNM é a implementação de um modelo inovador de assistência farmacêutica que possui como prioridade as necessidades locais. Diferente do que acontecia na Central de Medicamentos (CEME), do Ministério da Saúde, que focava na aquisição e distribuição dos medicamentos de forma centralizada, frequentemente sem levar em consideração as características epidemiológicas dos locais aos quais se destinavam os medicamentos (BRASIL, 1971; OLIVEIRA 1997; CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, 2016).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Visto que uma das prioridades da PNM tem como foco a reorientação da assistência farmacêutica, a Política Nacional de Saúde teve como parte integrante a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) a qual busca garantir à população os princípios doutrinários do SUS que são a universalidade, integralidade e equidade; além de desenvolver e aprimorar ações relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, promovendo o acesso e o uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2004b).

De maneira semelhante a outras políticas, a PNAF, também apoia ações que viabilizem o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na atenção à saúde, levando em consideração o conhecimento tradicional da população, bem como os dados obtidos cientificamente; a fim de incentivar a incorporação de mais uma opção terapêutica, que explora a vasta biodiversidade presente em nosso país.

Segundo Brandão (2011), a fitoterapia vem lentamente participando da construção da história da assistência farmacêutica na atenção básica, em municípios brasileiros. Desta forma, os fitoterápicos se apresentam como uma importante opção de terapêutica entre as ofertadas no SUS, tendo como seu aliado, a eficácia e o custo reduzido. O que levou a mudança da ideia de que os efeitos oferecidos pelos fitoterápicos seriam fruto de mitos e crenças populares, ficando evidente por meio de pesquisas científicas a qualidade destes produtos (CALIXTO, 2001; BRANDÃO, 2011).

2.5 INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Uma vez em que a Assistência Farmacêutica se mostra como um conjunto de ações voltadas para a proteção, promoção e recuperação da saúde, ela se faz essencial quando se pensa no uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2004b).

Aliado a isso temos a atenção farmacêutica, formada por atitudes, ética, compromisso e responsabilidade no cuidado com o paciente, tendo os profissionais de saúde o compromisso com a promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2004b).

Quando se trata da atenção farmacêutica em fitoterapia, o profissional envolvido deve possuir conhecimentos científicos, compreender a composição química, os efeitos tóxicos, a farmacologia e princípios ativos das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, a fim de compartilhar os conhecimentos da população com os dos profissionais, buscando sempre proporcionar garantia, segurança e eficácia quando se usa desta terapia alternativa (SANTOS et al., 2011; BATISTA; VALENÇA, 2012).

Para tanto, algumas atividades que envolvem a assistência farmacêutica na implantação de projetos de fitoterapia são importantes, como compreender a pesquisa, cultivo, desenvolvimento da droga vegetal e posterior produção dos

medicamentos fitoterápicos; incluindo a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, qualidade, e avaliação do seu uso.

De modo a contribuir, o Ministério da Saúde ressalta que, para haver uma atenção farmacêutica bem estruturada nesta área é importante que os municípios e estados invistam na qualificação dos profissionais envolvidos que irão fazer parte da equipe multidisciplinar. Em que todos da equipe devem possuir capacitação, sendo o profissional farmacêutico uma peça importante, pois será ele que conseguirá atuar nas fases que compõem o ciclo da assistência e atenção farmacêutica (BRASIL, 2012c).

As atribuições clínicas do farmacêutico no cuidado com o paciente possui como um de seus objetivos o aperfeiçoamento da farmacoterapia por meio da escolha de terapias, discussão de casos clínicos, indicação de medicamentos isentos de prescrição médica, educação dos pacientes entre outros (CFF, 2013a).

O profissional de farmácia clínica presente nas unidades de saúde participa neste processo por meio da possibilidade de prescrever medicamentos como fitoterápicos e plantas medicinais para transtornos menores de acordo com as resoluções do Conselho Federal de Farmácia nº 585 e nº 586 publicadas em 2013.

A resolução nº 585 abrange todas as atribuições clínicas que o profissional farmacêutico pode ter, apresentando a prescrição farmacêutica como uma de suas atividades. Posteriormente a resolução nº 586 regulamenta a prescrição farmacêutica de medicamentos não tarjados, para problemas de saúde autolimitados, na qual se observa uma enfermidade de baixa gravidade (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

Além disso, deve-se ter bem estabelecido à relação de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos que serão dispensadas por meio de prescrição, e para auxiliar esta escolha pode se recorrer a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a lista da RENAME, ao Formulário Terapêutico Nacional de Medicamentos Fitoterápicos, ao Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, entre outros (BRASIL, 2012c). Cabe informar que a aquisição destes medicamentos está regulamentada pela Portaria nº 1.555 de 2013 que trata do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2013a).

Por fim, o profissional envolvido deve compreender as etapas da cadeia produtiva das plantas medicinais e fitoterápicos, as leis que regulamentam o seu

uso, as diferentes maneiras de uso e obtenção; além de ter esclarecido conceitos básicos quando se fala em fitoterapia (BRASIL, 2012c).

2.5.1 Uso Racional dos Fitoterápicos

Os medicamentos fitoterápicos são produtos industrializados, tecnicamente elaborados e originados exclusivamente de matérias-primas ativas vegetais, que, de forma complementar, pode ser caracterizado pelo conhecimento da sua eficácia, riscos relacionados ao seu uso, capacidade de reprodutibilidade e manutenção de sua qualidade (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012c).

Quando se fala na utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos tem-se o costume de pensar que o seu uso não pode causar nenhum mal, porém é importante lembrar que as plantas também possuem em sua composição componentes químicos que atuam em nosso organismo, sendo assim, não podemos atribuir o caráter inofensivo às plantas medicinais, pois, quando usados de maneira inadequada, comprometem tanto a eficácia do tratamento quanto a saúde do usuário (FIGUEREDO et al., 2014). E, para que o seu uso racional seja realizado, é importante que a prescrição dos medicamentos aconteça de maneira apropriada, que a sua disponibilização seja oportuna, que a dispensação seja adequada, o consumo nas quantidades corretas conforme indicação, pelo período e intervalo definido, a fim de obter uma terapia que apresente eficácia, segurança e qualidade (BRASIL, 2001c).

Desta forma, a orientação realizada ao paciente da maneira correta sobre como será realizado o tratamento, frisando informações relacionadas à dose, posologia, interações medicamentosas, contribuem com a prática do uso racional dos medicamentos fitoterápicos incluindo as plantas medicinais (SILVEIRA, BANDEIRA, ARRAIS, 2008).

Para auxiliar na promoção do uso racional dos medicamentos fitoterápicos, o SUS desenvolve maneiras estratégicas de divulgar informações básicas sobre o uso dos fitoterápicos aos usuários e profissionais envolvidos, como farmacêuticos, médicos, gestores favorecendo a troca de experiências (BATISTA; VALENÇA, 2012).

2.6 POLÍTICAS QUE INCENTIVARAM A INCLUSÃO DA FITOTERAPIA NO BRASIL E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O uso de plantas medicinais, por meio da fitoterapia, deixou de se embasar nos conhecimentos tradicionais para se apoiar cada vez mais nos conhecimentos e aspectos científicos que garantem a sua qualidade, eficácia e segurança (CALIXTO, 2001; CUNHA, SILVA & ROQUE, 2003).

De maneira complementar, os medicamentos fitoterápicos também desempenham um papel importante nos cuidados na atenção básica à saúde, auxiliando na ampliação de alternativas de um tratamento seguro e eficaz (BRASIL, 2012a).

A grande utilização destes medicamentos fez com que o Ministério da Saúde desenvolvesse nos estados e municípios do Brasil maneiras de oficializar o uso dos fitoterápicos, criando regulamentos e diretrizes que apoiam a utilização destes, a partir dos recursos naturais disponíveis. Desde a década de 80 várias ações vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de estimular o uso de medicamentos fitoterápicos na atenção básica no sistema de saúde pública (MATOS, 1998).

A inclusão da fitoterapia no SUS e no Brasil foi realizada por meio de vários instrumentos normativos, como leis, portarias e resoluções. Passando por várias etapas de construção, implantação e regulamentação até conseguir se estruturar no formato em que se encontra atualmente.

O início se deu a partir da declaração da Alma Ata em 1978, quando o mundo passou a se preocupar com a manutenção da saúde através de práticas alternativas de tratamento, desde a atenção básica, sendo considerada como um marco para a fitoterapia (OMS, 1978). Anos depois o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 212, de 11 de setembro de 1981, define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica (BRASIL, 2001a).

No Brasil, os investimentos públicos em plantas medicinais ocorreram por meio da CEME, instituída pelo Decreto nº 68.806/1971, onde a principal atividade desenvolvida era a produção e distribuição de diversos medicamentos para os usuários de renda reduzida. A partir da CEME dois programas importantes foram criados, o Programa de Nacionalização de Fármacos e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais. As ações destes eram voltadas as pesquisas e desenvolvimento sobre as plantas presentes no Brasil que pudessem originar substâncias que

servissem no preparo dos medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 1971; OLIVEIRA 1997).

De maneira a complementar as ideias propostas pela OMS, no Brasil acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual estabelece a importância da inclusão de “práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica oferecida”.

De modo a contribuir com o avanço da fitoterapia, o governo através da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) criou a Resolução nº 8 de 1988, que implantou a fitoterapia nos Serviços de Saúde, desenvolvendo de forma conjunta a prática da fitoterapia em Unidades Assistenciais Médicas (BRASIL, 1988b).

O incentivo à pesquisa de plantas medicinais no Brasil foi interrompido com o fim da CEME em 1997, o que dificultou o desenvolvimento de atividades desta área, que por um período ficaram sem grandes avanços e incentivos por parte do governo (MARANHÃO, 2011).

Com o passar do tempo, através de novos debates e Conferências Nacionais de Saúde, ressurge o interesse e incentivo pela área. Diversos programas e outras resoluções foram debatidos, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi abordado a implantação de práticas integrativas na assistência à saúde (CNS, 1986). Algum tempo depois, em 1996 foi abordada na 10ª Conferência Nacional de Saúde a incorporação de práticas em saúde no SUS, que incluíram a fitoterapia, acupuntura e homeopatia (CNS, 1996; BRASIL, 2001a). Com isso as práticas integrativas e complementares no Brasil passaram a ser estimuladas e difundidas no SUS.

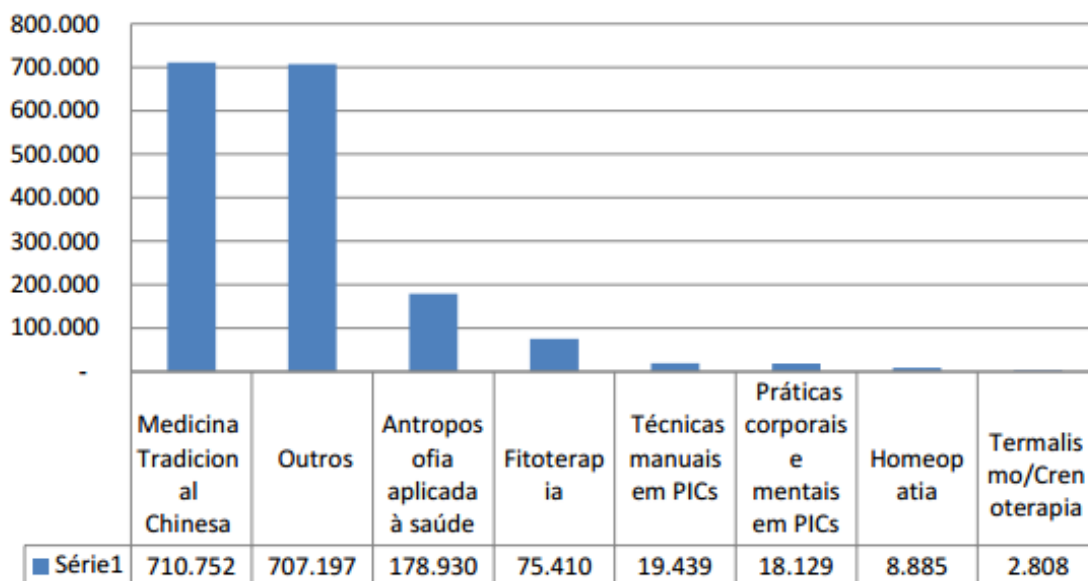
Na mesma direção, vários acontecimentos foram ocorrendo, como a, 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) que visava à viabilização de pesquisas relacionadas com a biodiversidade nacional, para a produção de medicamentos originados da flora nacional; o Seminário de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica (2003), o qual contribuiu com a integração da fitoterapia no SUS; a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2005), a qual teve a fitoterapia como pauta em suas discussões na promoção da educação em saúde; todas a fim de ampliar o cenário nacional da fitoterapia no Brasil.

No intuito de ir ao encontro com esta abordagem, em 2006 a ampliação da fitoterapia no SUS começa a ocorrer de forma decisiva, devido à publicação de duas diretrizes de grande importância na área de plantas medicinais e fitoterápicos, onde o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que visa a melhoria da atenção à saúde e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, que contribuiu com o estímulo da inserção de novos recursos terapêuticos. De forma complementar incluiu, além da Fitoterapia, a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, o Termalismo/Crenoterapia e, posteriormente, a Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). A PNPIC busca estimular o uso de recursos naturais na prevenção a doenças e recuperação da saúde, além de possibilitar a adoção no SUS, de alternativas complementares de terapia, dentre elas a fitoterapia, através do uso de medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2006a).

A PNPMF foi aprovada por meio do Decreto nº 5.813, de 2006, com o objetivo de garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, constituindo parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social, pensando sempre no uso sustentável da biodiversidade (BRASIL, 2006c).

Recentemente, o Departamento de Atenção Básica publicou um boletim de monitoramento das ações de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) conforme FIGURA 2, que evidencia importantes resultados em diversas ações desenvolvidas nos municípios brasileiros.

FIGURA 2 – QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS POR PRÁTICA INTEGRATIVA DE JANEIRO A AGOSTO DE 2016



FONTE: DAB (2016).

Em 2016, de janeiro a agosto, foram informados 1.721.550 atendimentos individuais com oferta de PICS, em 1.582 Municípios do país, distribuídos em 3.248 estabelecimentos de saúde da Atenção Básica. Em relação à oferta de fitoterápicos foi relatado até o mês de agosto de 2016 75.410 atendimentos. Diferente do observado para o ano de 2015, no qual foram registados 527.953 atendimentos individuais em 1.362 municípios distribuídos em 2654 estabelecimentos. Tendo a fitoterapia uma representatividade de 50.050 atendimentos (DAB, 2016).

A partir dos dados publicados no monitoramento das PICS, fica evidente que, desde a criação da PNPIC, completados 10 anos, diversas conquistas e avanços puderam ser observados.

2.7 MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como resultado da regulamentação dos medicamentos fitoterápicos, houve uma maior democratização em relação ao seu acesso pela população, além de proporcionar a sua comercialização uma vez que o SUS teve estes medicamentos inseridos na lista dos componentes básicos de assistência farmacêutica (BRASIL, 2013a).

Procurando auxiliar as terapias alternativas, o Ministério da Saúde, a partir de 2007, incluiu dois fitoterápicos no elenco do componente básico da Assistência Farmacêutica, a *Mikania glomerata* (Guaco) e o *Maytenus officinalis* (Espinheira Santa) (BRASIL, 2007). Já em 2009, foram incluídos mais seis novos medicamentos fitoterápicos no Elenco Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, totalizando um elenco de oito fitoterápicos devido a inclusão da *Cynara scolymus* (alcachofra), *Schinus terebenthifolius* (aroeira), *Rhamnus purshiana* (cáscara-sagrada), *Harpagophytum procumbens* (garra-do-diabo), *Glycine max* (isoflavona de soja), *Uncaria tomentosa* (unha de gato) (BRASIL, 2009).

Atualmente, o elenco totaliza 12 medicamentos fitoterápicos (QUADRO 1), pois, em 2012 foram incluídos mais quatro novos medicamentos, *Aloe vera* (babosa), *Mentha piperita* L. (hortelã), *Plantago ovata* Forssk (plantago) e *Salix alba* L. (salgueiro), totalizando assim 12 fitoterápicos listados na RENAME (BRASIL, 2012e).

De forma conjunta, o governo, através do Ministério da Saúde, desenvolveu uma lista com 71 nomes de plantas de interesse ao SUS, que passaram a constituir a Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), destes apenas 12 estão incluídos no elenco de medicamentos da RENAME citado anteriormente (BRASIL, 2014a).

A RENAME é tida como um patrimônio do SUS, que vem sendo atualizada desde 1964. A sua importância vem sendo ressaltada em acontecimentos históricos já citados, como na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (RENAME, 2015).

As responsabilidades das atualizações ocorridas na RENAME são do Ministério da Saúde, que cria a Comissão Técnica e Multidisciplinar que auxilia na revisão e publicação da RENAME (RENAME, 2015).

A RENAME representa uma lista de medicamentos disponíveis para dispensação aos usuários do SUS, proporcionando um tratamento de forma integral aos pacientes, por possuir medicamentos que atendam as necessidades dos pacientes. Os medicamentos fitoterápicos citados na lista da RENAME encontram-se no grupo do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), sendo voltado para os problemas mais recorrentes da Atenção Básica (RENAME, 2015).

QUADRO 1 – ULTIMA REVISÃO DOS MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS PRESENTES NA RENAME

Denominação Genérica	Indicação/Ação	Forma Farmacêutica/ Descrição
1- Alcachofra (<i>Cynara scolymus</i> L.)	Tratamento dos sintomas de dispepsia funcional e de hipercolesterolemia leve a moderada. Apresenta ação colagoga e colerética	Cápsula, comprimido, drágea, solução oral e/ou tintura
2- Aroeira (<i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi)	Ação cicatrizante, anti-inflamatória e antisséptica tópica, para uso ginecológico	Gel e/ou óvulo
3- Babosa (<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.)	Tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º graus e como coadjuvante nos casos de psoríase vulgaris	Creme
4- Cáscara-sagrada (<i>Rhamnus purshiana</i> DC.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal eventual	Cápsula e/ou tintura
5- Espinheira-santa (<i>Maytenus officinalis</i> Mabb.)	Coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal e sintomas de dispepsia	Cápsula, emulsão, solução oral e/ou tintura
6- Garra-do-diabo (<i>Harpagophytum procumbens</i> DC.)	Tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite. Ação anti-inflamatória	Cápsula ou comprimido
7- Guaco (<i>Mikania glomerata</i> Spreng.)	Ação expectorante e broncodilatadora	Cápsula, solução oral, tintura e/ou xarope
8- Hortelã (<i>Mentha x piperita</i> L.)	Tratamento da síndrome do cólon irritável. Ação antiflatulenta e antiespasmódica	Cápsula
9- Isoflavona-de-soja (<i>Glycine max</i> (L.) Merr.)	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério	Cápsula ou comprimido
10- Plantago (<i>Plantago ovata</i> Forssk.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal habitual. Tratamento da síndrome do cólon irritável	Pó para dispersão oral
11- Salgueiro (<i>Salix alba</i> L.)	Tratamento de dor lombar baixa aguda. Ação anti-inflamatória	Comprimido
12- Unha-de-gato (<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. & Schult.) DC.)	Coadjuvante nos casos de artrites e osteoartrite. Ação anti-inflamatória e imunomoduladora	Cápsula, comprimido e/ou gel

FONTE: RENAME (2015).

A 9ª versão é a mais recente lista divulgada, sendo atualizada com os medicamentos incorporados até junho de 2015. E é com base nesta lista que estados e municípios desenvolvem as suas próprias relações de medicamentos (RENAME, 2015).

A partir da RENAME os municípios desenvolvem a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), a qual é elaborada de acordo com reuniões realizadas nos municípios por uma equipe multiprofissional, que de forma conjunta verificam quais os medicamentos devem ser incluídos a fim de atender as necessidades da população atendida nas Unidades de Saúde de cada município, tendo a RENAME como base para elaboração do elenco de referência (RENAME, 2015).

2.7.1 Aquisição dos Medicamentos Fitoterápicos como Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo Serviço Público

De acordo com a Portaria nº 1.555 de 2013, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica “destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde”, tendo como responsáveis pelo financiamento as três esferas de gestão (financiamento tripartite) e gerenciado pela esfera municipal (BRASIL, 2013a).

De acordo com a referida Portaria, para realizar a aquisição de fitoterápicos que constam na RENAME, é necessário que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pactuem a sua inclusão na Comissão Intergestores Bipartite, permitindo que o recurso necessário para as compras seja repassado do Ministério da Saúde às prefeituras de acordo com a Portaria nº 1.555 de 2013, na qual apresenta valores habitantes/ano definidos para aquisição e financiamento dos medicamentos (R\$ 5,10 pela União; R\$ 2,36 pelos Estados e R\$ 2,36 pelos Municípios) (BRASIL, 2013a).

Em 1971, com a criação da CEME, a aquisição dos medicamentos do setor público era realizada de maneira centralizada, a qual não levava em consideração às diversidades epidemiológicas, levando a dificuldades no abastecimento principalmente dos medicamentos direcionados a atenção básica. Frente a esta situação, o Ministério da Saúde aprovou em 1998 a PNM, visando reestruturar o modelo de assistência farmacêutica, tendo a descentralização da gestão como foco (BRASIL, 2007).

De maneira a contribuir com o exposto, de melhorar o atendimento na atenção básica, municípios do Paraná em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, criam o Consórcio Paraná Saúde, que adquire os medicamentos elencados

na atenção básica, levando em consideração a decisão de cada município na necessidade de adquirir os medicamentos desejados (CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, 2016). A realização da compra dos medicamentos fitoterápicos pelos Municípios do Paraná pode ser realizada por licitações ou através do Consórcio Paraná Saúde.

As normas gerais para compras por meio de licitações segue a Lei N° 8.666 de 22 de junho de 1993, que regulamenta as normas para licitações e contratos da Administração Pública. A legislação oferece algumas modalidades de licitação que podem ser do tipo: concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão (BRASIL, 1993). De forma complementar a Lei N° 10.520 de 17 de julho de 2002, institui a modalidade de licitação intitulada de Pregão, voltada para a aquisição de bens e serviços comuns (BRASIL, 2002).

A aquisição dos medicamentos através do Consórcio acontece através da modalidade de Pregão Eletrônico por Sistema de Registro de Preços, a partir da qual é firmada uma Ata de Registro de Preços, tendo os valores informados aos municípios através de planilhas (CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, 2016).

2.8 POLÍTICAS E PROGRAMAS PARA INSERÇÃO DE FITOTERÁPICOS NO SUS

As políticas que incentivaram a inclusão da fitoterapia no SUS, como a PNPIC, contribuíram de maneira significativa com a expansão dos programas desenvolvidos na área. Nos estados e municípios do Brasil, são observadas experiências relacionadas com a implantação dos fitoterápicos no SUS (REIS et al., 2004; SILVA et al., 2006). Porém, ainda existe uma carência no desenvolvimento de projetos que estimulam a implantação de atividades voltadas para a utilização de fitoterápicos no SUS, onde as principais dificuldades citadas estão relacionadas com a qualificação dos profissionais envolvidos e a produção dos fitoterápicos (MARANHÃO, 2011).

Determinados estados e municípios acabaram desenvolvendo políticas aplicadas de maneira específica para a fitoterapia no SUS, incentivando a melhoria da estrutura de laboratórios, proporcionando informação quanto ao uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2012c).

No Brasil, diversas unidades de saúde ofertam os medicamentos fitoterápicos na atenção básica como terapia alternativa (MARANHÃO, 2011). Em 2008, serviços como a disponibilização de plantas medicinais na forma fresca, seca como droga vegetal, medicamento fitoterápico obtido por manipulação ou de maneira industrializada; eram oferecidos por 350 municípios nos Estados, localizados em todo o país (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012c).

O Ceará é um dos grandes incentivadores da implantação da fitoterapia em saúde pública. O estado conta com programas responsáveis pelo cultivo, manipulação dos medicamentos fitoterápicos que são distribuídos nas unidades de saúde, além de incentivar o seu uso racional (BRASIL, 2012c).

De maneira semelhante, outros estados como o Rio de Janeiro apoiam a implantação dos fitoterápicos, que em 1997, implantou o Programa Estadual de Plantas Medicinais, tendo a partir de 2001, regulamentação específica para o funcionamento das atividades relacionadas à fitoterapia (BRASIL, 2012c). Outros exemplos de estados e municípios que desenvolvem ações que visam a implantação dos fitoterápicos no SUS são; Distrito Federal, Vitória (Espírito Santo), Goiânia, Maranhão, Pará, Mato Grosso, Pernambuco, entre outros (BRASIL, 2012c). Contribuindo com este esforço, foi criado um projeto denominado de Farmácias Vivas, o qual foi idealizado pelo professor Francisco José de Abreu Matos, da Universidade Federal do Ceará. O objetivo é incentivar o uso correto de fitoterápicos e plantas medicinais em comunidades que apresentem algum tipo de carência de atendimento na atenção básica de saúde (MATOS, 1998).

Em 2010, foi oficialmente instituído a Farmácia Viva no âmbito do SUS por meio da Portaria n° 886, de 20 de abril de 2010, que destaca as etapas que devem ser realizadas para a obtenção do medicamento fitoterápico, incluindo desde o cultivo, coleta, processamento, armazenamento das plantas medicinais, manipulação e dispensação dos fitoterápicos (BRASIL, 2010b).

Com a finalidade de contribuir com a qualidade dos medicamentos produzidos pelas farmácias vivas, foi aprovada a RCD n° 18, de 03 de abril de 2013, a qual trata das “boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do SUS”. Com o objetivo de garantia da qualidade, segurança, efetividade e promoção do uso seguro da fitoterapia (BRASIL, 2013b).

No Paraná, três cidades da região oeste receberam investimentos através do Ministério da Saúde para fortalecer e consolidar o uso dos fitoterápicos no SUS, sendo estes, Toledo, Pato Bragado e Foz do Iguaçu (BRASIL, 2012f).

Um dos projetos que se destaca é o “Plantas Medicinais na Atenção Básica”, que faz parte do Programa Cultivando Água Boa, desenvolvido em Foz do Iguaçu (Paraná), o qual conta com a participação de diversos municípios que compõem a Bacia do Paraná III, da participação de instituições de ensino, comissão de moradores, e instituições governamentais. Através deste projeto é realizado o processamento da matéria-prima vegetal, obtidas dos hortos, que após a sua produção ficam disponíveis para serem dispensados por meio de prescrições nas Unidades de Saúde da Família, entre as espécies cultivadas por este projeto tem-se a cavalinha, graviola, espinheira-santa, melissa, alcachofra, capim-santo, guaco, alecrim, folhas de laranja, casca de laranja, menta, alfavaca, amora, entre outros (RODRIGUES; SANTOS; DE SIMONI, 2011; MARANHÃO, 2011).

Em Maringá um dos programas de destaque é o Programa Verde Vida, desenvolvido pela Secretaria de Saúde de Maringá, e implantado em setembro de 2000, no qual ocorrem a dispensação de fitoterápicos nas unidades de saúde, podendo ser espinheira-santa, guaco, cavalinha, hortelã e funcho para realizar infusão; própolis e calêndula em gel, e valeriana em cápsulas gelatinosas duras. Possui uma comissão específica, e desenvolve atividades que auxiliam na integração dos profissionais envolvidos no programa, deixando evidente a contribuição da fitoterapia nas atividades de atenção primária a saúde (OGAVA et al., 2003).

Recentemente, na RMC está em andamento a implantação do projeto de Farmácias Vivas no município da Lapa, que em 2013 teve a aprovação e recebeu R\$ 80.000,00 como forma de custear o desenvolvimento e estruturação da assistência farmacêutica em plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS. Este projeto envolve desde a capacitação dos profissionais envolvidos, a compra dos equipamentos e materiais necessários; além do município citado outros 21 municípios e estados do país também receberam este recurso financeiro como incentivo (BRASIL, 2013c).

Até o presente momento não foram evidenciadas novas modificações e/ou investimentos aprovados para o elenco dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Curitiba.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, observacional e transversal.

Na primeira etapa do estudo foi obtida a relação dos municípios da RMC que distribuem fitoterápicos industrializados na atenção básica à saúde por meio de um estudo exploratório, realizado através de uma consulta a REMUME de cada município.

Com base neste estudo foi escolhido 1 dos 29 municípios que compõem a RMC, para avaliar a inserção dos fitoterápicos industrializados, na Atenção Básica à Saúde no Município que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos e apresentados no item 3.2.2.1.

Em seguida, foi realizado um estudo quantitativo observacional por meio de trabalho de campo com aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas a grupos selecionados do município escolhido.

Os dados de interesse foram obtidos em período de tempo pré-estabelecido no momento da coleta de dados, o que caracteriza este estudo como sendo transversal (PEREIRA, 1995).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

3.2.1 Região Metropolitana de Curitiba

Conforme os critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a metrópole consiste em um espaço urbano, formado pela ligação física (conurbação) de cidades, devido sua relevância política e econômica (BRASIL, 2015).

O Estado, segundo a constituição, é o responsável por instituir as regiões metropolitanas, de forma a agregar regiões em grupamentos de municípios limítrofes que integrem e interajam de alguma forma com o desenvolvimento de funções públicas que apresentem interesses em comum ao Estado (BRASIL, 1988a).

Em um levantamento de dados realizado pelo IBGE é estimado que a capital Curitiba, localizada no Estado do Paraná, se encontre em 8º lugar dentre os 25 municípios mais populosos do Brasil, apresentando 1.864.416 habitantes (IBGE, 2014).

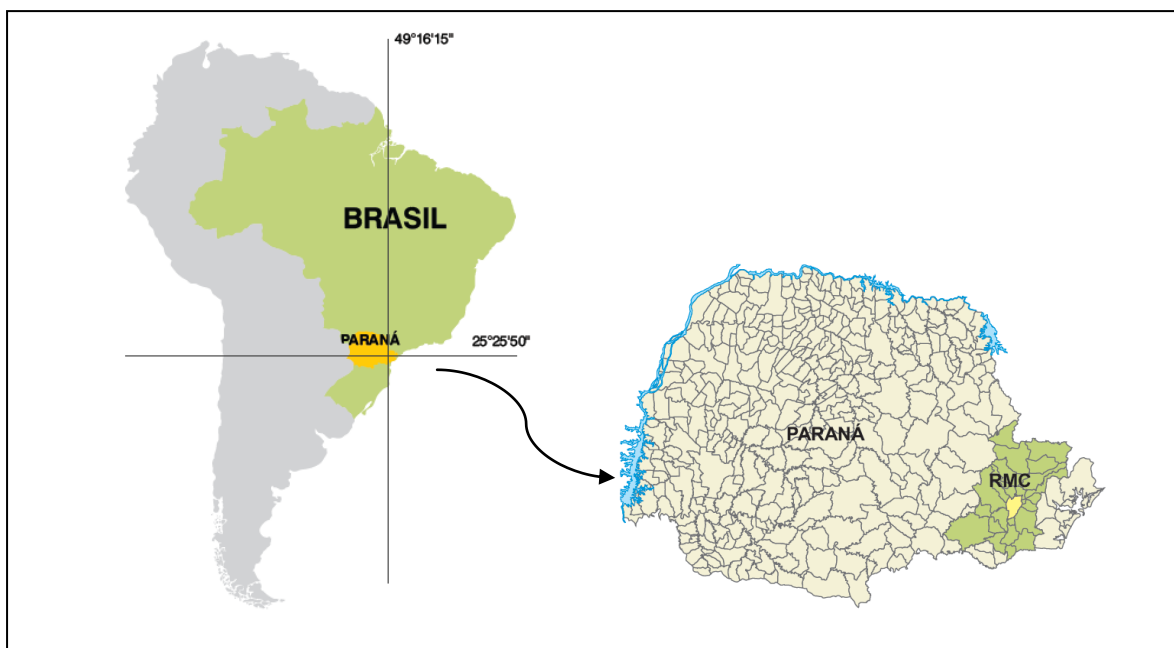
A região metropolitana de Curitiba foi estabelecida e aprovada em 1973 por meio da Lei Complementar nº 14, sendo composta inicialmente por Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Bocaiúva do Sul, Campo Largo, Colombo, Contenda, Piraquara, São José dos Pinhais, Rio Branco do Sul, Campina Grande do Sul, Quatro Barras, Mandirituba e Balsa Nova, totalizando 14 municípios (BRASIL, 1973).

A partir disso, outras leis foram desenvolvidas e aprovadas de modo a contribuir com o desenvolvimento e crescimento regional através de instrumentos normativos que possibilitaram a gestão metropolitana e a inclusão de novas regiões que compõem o quadro atual de 29 municípios (Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiuva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul, Tunas do Paraná) (FIGURA 3) (IBGE, 2010).

Segundo estimativa do IBGE, em 2014 a região metropolitana de Curitiba se encontrava em 9º lugar dentre as regiões metropolitanas mais populosas do Brasil apresentando 3.466.981 habitantes, concentrando em torno de 30,86% da população total do Estado (IBGE, 2014).

A organização desta região é realizada pela Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC), criada em 1974 pelo estado do Paraná a fim de auxiliar no planejamento, gestão e desenvolvimento dos municípios que a compõe (PARANÁ, 1974).

FIGURA 3 – POSIÇÃO GEOGRÁFICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA



FONTE: Adaptado de COMEC (2012).

3.2.1.1 Municípios da Região Metropolitana de Curitiba que dispensam Fitoterápicos Industrializados

Para obter a relação dos municípios da RMC que distribuem fitoterápicos industrializados foi realizada uma consulta a REMUME de cada município.

O acesso a este documento foi realizado através de consultas aos sítios eletrônicos das secretarias de saúde dos municípios nos meses de novembro de 2015 a janeiro de 2016. Quando o acesso à REMUME não era possível, as informações foram obtidas por contato telefônico com os farmacêuticos das secretarias municipais de saúde.

A fim de garantir a confiabilidade dos dados, foi solicitado um diálogo por telefone com os farmacêuticos das secretarias de saúde de cada município, os quais informaram que fitoterápicos estavam padronizados nos municípios, levando em consideração a lista disponível pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Quando citado o termo “fitoterápico industrializado” estavam compreendidos aqueles produtos que se encontram em uma forma farmacêutica industrializada, considerados “medicamentos fitoterápicos” e “produtos tradicionais fitoterápicos”.

3.2.2 Município selecionado para estudo

A escolha do município para o desenvolvimento da pesquisa se deu, basicamente, por meio da avaliação de alguns critérios que foram tidos como relevantes:

3.2.2.1 Fatores de Inclusão

Os critérios de inclusão foram baseados nas seguintes características:

- pertencer à RMC;
- o município deve realizar a dispensação de fitoterápicos industrializados em suas unidades básicas de saúde;
- possuir sistema informatizado na área de assistência farmacêutica e saúde;
- estar dentre os cinco municípios da RMC mais populosos que atenda aos requisitos propostos acima.

Levando em consideração os fatores de inclusão estabelecidos, o município de Pinhais atende aos requisitos desejados para o estudo, pois a dispensação de fitoterápicos em suas unidades de saúde apresenta-se bem organizada, além de demonstrar interesse em contribuir com projetos envolvendo a fitoterapia no município, sendo assim foi escolhido como o local para a realização do estudo.

3.2.3 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTUDO

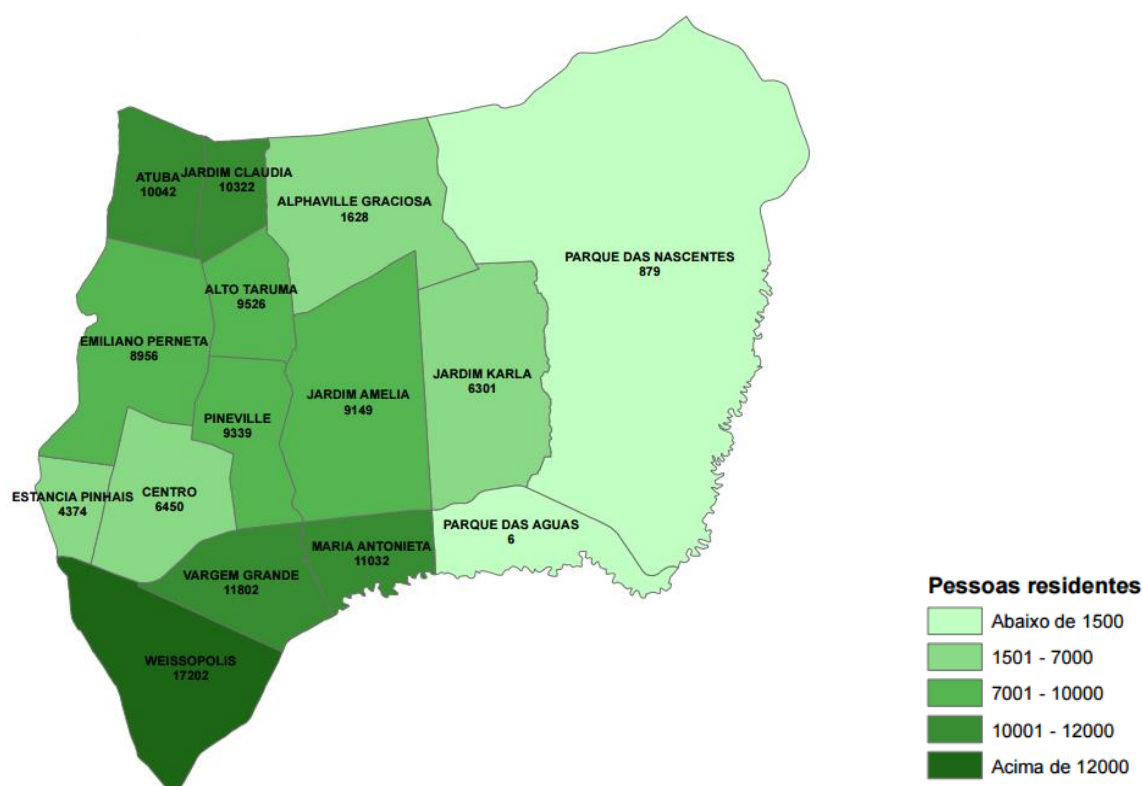
O estudo foi desenvolvido no município de Pinhas, o qual é um dos 29 municípios que compõem a RMC, localizado no Estado do Paraná (IBGE, 2010). Tornou-se um município oficialmente por meio da Lei Estadual nº 9.906 em 1992, quando foi desmembrado do município de Piraquara (PINHAIS, 2015).

Segundo o censo do IBGE (2010), o município possui 117.998 mil habitantes, com uma estimativa de 125.808 habitantes no ano de 2014, mostrando-se o quinto município mais populoso dos que compõem a RMC (incluindo Curitiba) (IBGE, 2014).

Quando se trata da assistência à saúde, o município conta com uma Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo planejamento e execução de políticas de saúde, por meio da implementação do Sistema Municipal de Saúde e do desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, integrando ações preventivas (PINHAIS, 2015).

O município está dividido em 15 bairros, organizados da seguinte maneira (FIGURA 4):

FIGURA 4 – BAIRROS QUE COMPÕEM O MUNICÍPIO DE PINHAIS E ESTIMATIVA POPULACIONAL



FONTE: IBGE (2010).

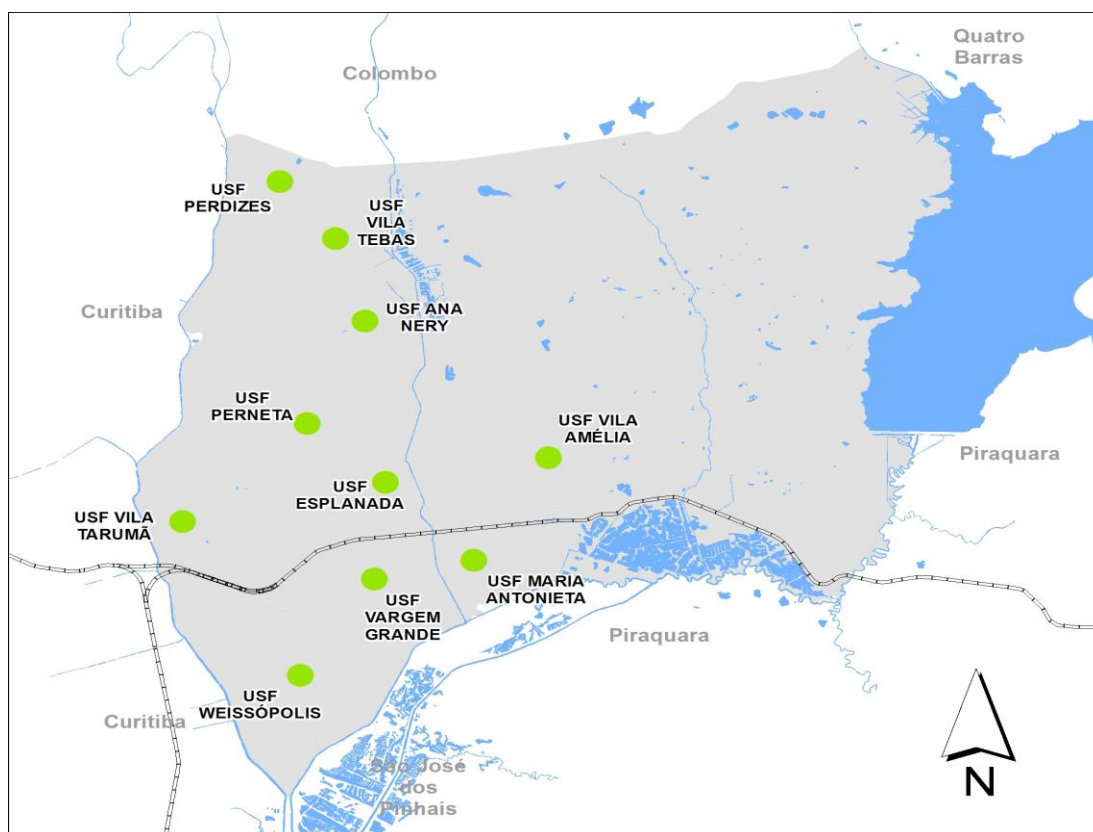
Para auxiliar na assistência à saúde, o município conta com dois Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades, Clínicas Especializadas e 10 Unidades de Saúde da Família (FIGURA 5) (PINHAIS, 2015), que atendem as respectivas bases populacionais (QUADRO 2) (IBGE, 2010).

QUADRO 2 – POPULAÇÃO ATENDIDA NAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	HABITANTES ATENDIDOS
Ana Neri	9.526
Esplanada	11.376
Maria Antonieta	11.032
Perdizes	10.042
Perneta	11.017
Tarumã	7.402
Tebas	10.322
Vargem Grande	12.488
Vila Amélia	17.963
Weissópolis	15.840
TOTAL	117.008

FONTE: IBGE (2010).

FIGURA 5 – DISPOSIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PINHAIS



FONTE: Prefeitura de Pinhais (2015).

Nas Unidades de Saúde do município de Pinhais, um software terceirizado auxilia na organização dos formulários e prontuários dos usuários atendidos. Este é denominado como “IDS Saúde”, o qual é utilizado pelo município há sete anos.

Este sistema auxilia na gestão das informações obtidas nas unidades de saúde, em que os dados são lançados uma vez e disponibilizados aos demais

setores, o que possibilita maior interação do sistema da Secretaria de Saúde. Cada paciente apresenta um histórico individualizado, que se integra com as informações de outros programas como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o qual disponibiliza informações sobre saúde, proporcionando um suporte de informática, que contribui com o planejamento, operação e controle do SUS. Uma das vantagens é a praticidade na tomada de decisões a partir dos relatórios gerados pelo programa (IDS, 2015).

3.3 COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO ESCOLHIDO

3.3.1 Coleta de Dados Secundários

Os dados secundários foram obtidos através de pesquisa documental, utilizando o programa WinSaúde, que possibilitou o acesso aos relatórios de dispensação dos fitoterápicos industrializados e o número de atendimentos médicos por ano nas unidades de saúde do município escolhido.

O software utilizado pelo município, “IDS Saúde”, possibilita por meio do Win Saúde a gestão municipal de informações do município na área de saúde, organizando dados como histórico do paciente, os atendimentos registrados, os medicamentos prescritos, diagnósticos realizados, resultados de exames, disponibilidade de medicamentos existentes na farmácia, controle do estoque de medicamentos, entre outras informações (IDS, 2015).

Estas informações foram obtidas em um período menor de tempo, sendo reutilizadas de acordo com o propósito da pesquisa.

3.3.1.1 Relatório de Atendimentos Médicos

Foi realizado levantamento das consultas médicas durante o ano de 2014 nas dez Unidades de Saúde localizadas no município de Pinhais.

Para isso foi selecionado no programa WinSaúde o período desejado de consulta, de 01/01/2014 a 31/12/2014, selecionando as unidades de origem dos dados, que são as dez unidades de saúde pesquisadas.

O sistema possibilita a escolha da especialidade desejada, nesta etapa foram selecionadas as consultas que incluíam as consultas médicas em atenção básica, as consultas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura), consultas pré-natal e consultas domiciliares.

Sendo excluídas as especialidades como atendimentos da enfermagem, dentistas, realização de curativos, entre outros, os quais não englobam o foco do estudo.

3.3.1.2 Relatório de Dispensação dos Fitoterápicos Industrializados

Foi realizado levantamento de dispensação dos fitoterápicos industrializados dispensados pelo município de Pinhais nas 10 Unidades de Saúde pesquisadas.

O município de Pinhais opta por dispensar três fitoterápicos, os quais estão padronizados na sua REMUME, que são: *Mikania glomerata* (Guaco) em xarope com ação expectorante e broncodilatadora, *Maytenus officinalis* (Espinheira Santa) em cápsulas utilizada como coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal e sintomas de dispepsia, e *Glycine Max* (Isoflavona de Soja) em cápsulas utilizada para aliviar os sintomas de climatério (RENAME, 2015).

Para verificar a movimentação de dispensação destes medicamentos nas Unidades de Saúde foi selecionado no programa WinSaúde o período de consulta desejado, que foi do ano de 2012 a 2015, e os três fitoterápicos industrializados de interesse, gerando assim um relatório anual, que demonstra a quantidade de medicamento dispensado por ano em cada unidade de saúde.

3.3.2 Coleta de Dados Primários

Os dados primários foram obtidos utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, aplicados a dois grupos populacionais distintos; 1) aos gestores; e 2) aos médicos, todos do município escolhido como o local de estudo (APÊNDICE 1 e 2 respectivamente).

Já para o terceiro grupo, os pacientes da atenção básica à saúde; foi realizada uma entrevista semiestruturada, onde o entrevistado respondeu verbalmente as perguntas realizadas pelo entrevistador, que não interviu ou influenciou na resposta fornecida pelo entrevistado (APÊNDICE 3).

3.3.2.1 Realização do Estudo Piloto

Antes de se iniciar uma coleta de dados é preciso verificar se o instrumento de pesquisa desenvolvido será viável. Neste contexto, foi realizado um pré-teste, que levou em consideração se cada indivíduo realmente entendeu a essência da pergunta realizada a ele.

A realização desta etapa se faz importante, pois, por meio da efetiva aplicação do questionário que se podem verificar falhas que passam de maneira despercebida ao pesquisador (BARBETTA, 2011).

Desta maneira, foram aplicados pré-testes para 3 médicos, 2 gestores de unidades de saúde, e 10 usuários do SUS, escolhidos de maneira aleatória, todos do município escolhido como o local de estudo, para que os indivíduos apresentassem características similares aos da população estudada.

Foram levadas em consideração para tabulação final dos resultados, apenas as respostas obtidas por meio das entrevistas realizadas com o grupo de médicos e gestores, pois não houve necessidade de alteração de seus questionários após a realização do piloto.

Em caso de dúvidas por parte do questionado, foi esclarecido a dúvida presente, levando em consideração a possibilidade de reformulação desta pergunta, a fim de sanar qualquer interpretação errônea do que estava sendo questionado ao entrevistado.

3.3.2.1.1 Ajustes realizados na etapa piloto dos Questionários

A partir do piloto realizado com os diferentes grupos abordados, somente no grupo dos pacientes foi necessária a readequação do termo “fitoterápico industrializado” no questionário. Pois quando questionados se haviam lembrança de ter ou estar fazendo o uso de algum tipo de fitoterápico industrializado, os mesmos não sabiam a que se referia o tema abordado, pois confundiam com outras terapias como homeopatia, florais ou com o uso caseiro de plantas medicinais.

Os pacientes estabelecem uma relação em que não diferenciam o que é medicamento do que é planta medicinal, apenas associam a sua origem natural, o que dificulta a interpretação se estes se referem ao produto industrializado acabado ou as suas preparações caseiras.

Para resolução de tal problema, foi adicionado ao questionário dos pacientes o termo “medicamento industrializado de planta”, pois assim os pacientes conseguiam compreender o propósito da entrevista.

De forma a facilitar a melhor compreensão foi adicionada ao questionário uma pergunta citando o termo “planta medicinal”, a fim de diferenciar as plantas de outros grupos que se enquadram como fitoterápicos industrializados.

As informações obtidas na etapa piloto foram utilizadas para compor a amostra final para o grupo de médicos e gestores, não sendo utilizado os dados para o grupo de pacientes pelo fato de ter sido necessário ajustar uma pergunta presente na entrevista realizada.

3.3.2.2 Aplicação dos Questionários

Para os seguintes grupos amostrais, médicos e gestores, foram realizados a aplicação de questionários, sendo respondido pelos elementos que formaram a amostra, sem intersetção ou influência no momento do preenchimento.

A abordagem realizada aos médicos e gestores foi realizada inicialmente por meio de diálogo, em que após a explanação do questionário e dos objetivos da pesquisa, o mesmo após concordância em participar do estudo proposto, respondia as perguntas conforme o roteiro estabelecido.

A duração de cada entrevista variou de acordo com o indivíduo, conforme a sua disponibilidade e agilidade em responder o questionário, durando em torno de 10 minutos.

A aplicação dos questionários aconteceu nos meses de fevereiro e março de 2016.

3.3.2.2.1 Gestor Municipal de Saúde

Este componente amostral foi composto por todos os gestores das 10 Unidades de Saúde presentes no município de Pinhais que estavam no cargo durante o período de realização da pesquisa.

Os mesmos responderam aos questionários (APÊNDICE 1) em suas salas de atendimento de cada respectiva unidade de saúde, sendo abordados para realização da pesquisa nos momentos em que estavam disponíveis para atendimento conforme agendamento prévio.

3.3.2.2.2 Profissional Médico das Unidades de Saúde

Foi realizado um levantamento de todos os profissionais médicos vinculados às unidades de saúde de Pinhais, por meio de reunião com os gestores, que informaram a equipe médica presente na unidade em que eles coordenam conforme um relatório dos médicos atuantes.

Nas 10 unidades de saúde, trabalham 45 médicos de diferentes especialidades, como, pediatra, ginecologista e clínico geral de saúde da família. Destes, 44 foram entrevistados e 1 optou por não participar da pesquisa.

Os médicos responderam aos questionários (APÊNDICE 2) conforme a disponibilidade deles, geralmente entre uma consulta e outra na qual não haviam pacientes marcados ou até mesmo após o término dos atendimentos dos pacientes agendados para aquele período.

3.3.2.3 Realização das Entrevistas

3.3.2.3.1 Pacientes das Unidades de Saúde

Para a definição da amostra de pacientes optou-se por realizar um estudo probabilístico, utilizou-se o método de amostragem aleatório estratificado proporcional, com margem de erro de 6% e nível de confiança de 95%.

Segundo Barbetta (2011), este tipo de amostragem garante que cada elemento da população tenha a mesma possibilidade de pertencer à amostra. Sendo a população dividida em subgrupos ou estratos, no caso os pacientes do serviço de saúde pertencentes às 10 unidades de saúde (estratos) presentes no local de estudo.

Para calcular o número de pacientes a serem entrevistados, foi tido como base o número de atendimentos realizados por cada unidade de saúde no ano de 2014, levando em consideração apenas os atendimentos que abrangiam a atenção básica, a puericultura, as consultas de pré-natal e as domiciliares. A partir do número de atendimentos foi calculado o plano amostral. Desta forma, a amostra foi composta por 267 pacientes (TABELA 1).

TABELA 1 – PLANO AMOSTRAL PARA O GRUPO DE PACIENTES

Atendimento Unidade de Saúde	Atenção Básica	Puericultura	Pré-Natal	Domiciliar	TOTAL
Tarumã	21	1	1	0	23
Vila Amélia	32	1	2	0	35
Perdizes	24	1	2	0	27
Tebas	16	1	1	0	18
Perneta	26	0	2	0	28
Weissópolis	37	0	1	0	38
Vargem Grande	22	1	1	0	24
Maria Antonieta	30	2	0	0	32
Esplanada	16	1	0	0	17
Ana Neri	25	0	0	0	25
TOTAL DE PACIENTES A ENTREVISTAR	249	8	10	0	267

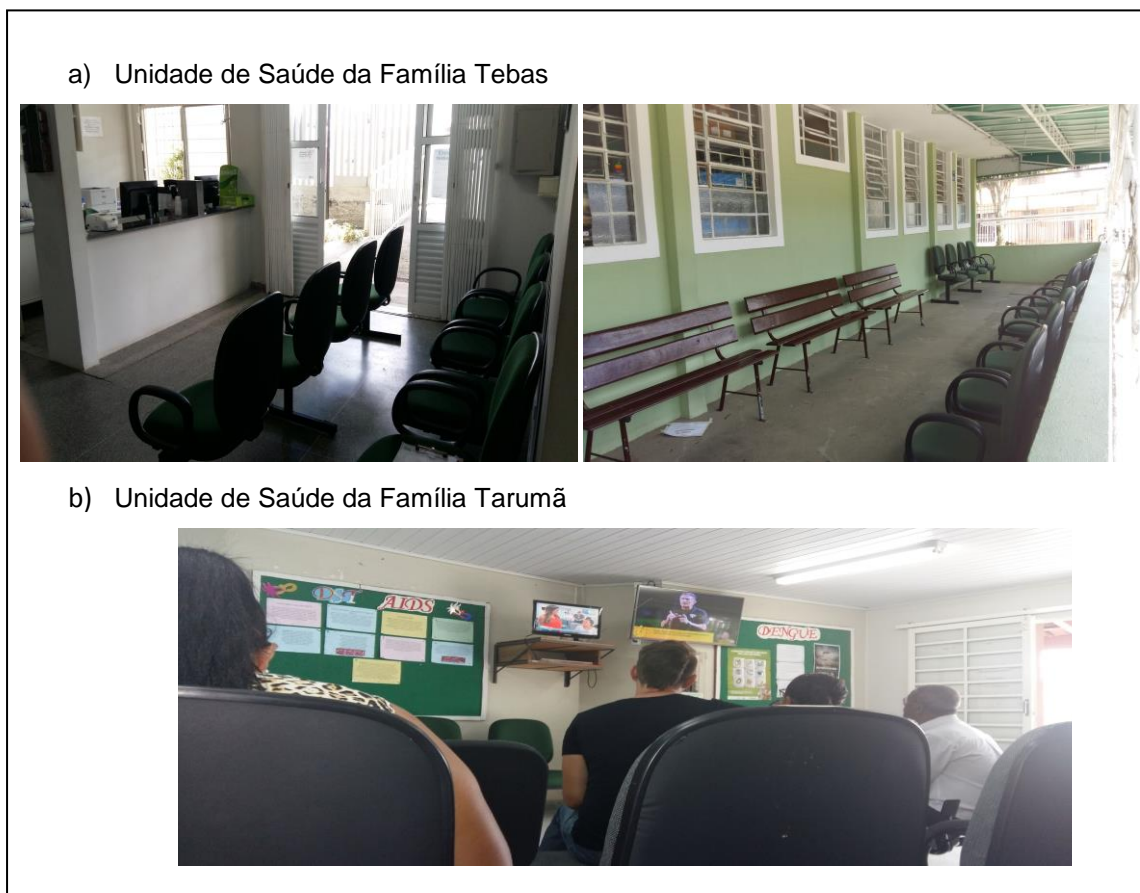
FONTE: A autora (2016).

A abordagem realizada aos pacientes entrevistados aconteceu inicialmente por meio de diálogo em cada unidade de saúde, em que após a explanação da entrevista e dos objetivos da pesquisa, o mesmo quando concordava em participar do estudo proposto assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3), para que assim fossem respondidas as perguntas conforme o roteiro estabelecido pelo questionário contendo 14 perguntas (APÊNDICE 3).

Os pacientes entrevistados foram abordados de forma aleatória na sala de espera das unidades de saúde para a realização das consultas, no momento que antecede o atendimento deles pelo médico (FIGURA 6); e no momento de retirada de seus medicamentos na farmácia das unidades de saúde, logo após terem passado pela consulta médica.

A coleta de dados dos pacientes aconteceu nos meses de fevereiro e março de 2016.

FIGURA 6 – LOCAIS DE REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS PARA O GRUPO DE PACIENTES



FONTE: A autora (2016).

O tempo para que cada entrevistado respondesse a entrevista foi livre, variando de acordo com cada um, conforme a sua disponibilidade e agilidade em responder o que lhe era questionado, de modo geral cada entrevista durou em torno de 7 minutos.

O horário das entrevistas e coleta de dados se deu pelo período da manhã, das 08:00 às 13:00, momento o qual se tem a maioria das consultas agendadas.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização da coleta de dados primários, as informações obtidas foram organizadas com o auxílio do programa Microsoft Excel®2007 para Windows.

Posteriormente os resultados tabulados foram analisados com o auxílio do programa Statistica 7.0, pelo qual pode-se realizar o processamento das informações com testes estatísticos, com o propósito de verificar a associação entre as variáveis estudadas.

Para análise de associação das variáveis independentes utilizou-se teste de qui-quadrado para o grupo de pacientes e o teste exato de Fisher para o grupo dos profissionais médicos, de acordo com o tamanho amostral de cada grupo.

Para a amostra composta pelos gestores, nenhum teste estatístico foi realizado devido ao tamanho reduzido da amostra ($n=10$).

Foram consideradas significativas as associações em que os testes apresentaram valores correspondentes a $p<0,05$.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde, e utilizou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada grupo estudado (ANEXO-1, ANEXO-2, ANEXO-3) para os diversos grupos entrevistados, sendo garantido a todos anonimato e o direito de em qualquer momento desistir de participar da pesquisa. As entrevistas e questionário empregados para cada grupo constam nos APÊNDICES 1, 2 e 3.

A aprovação pelo comitê de ética foi obtida no dia 11 de dezembro de 2015, sob número de parecer 1.363.771 e CAAE 49439615.0.0000.0102. Sendo retirado na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde consta a data de aprovação por este CEP/SD. Este modelo foi reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa no momento da aplicação do questionário e entrevista. O TCLE contém duas vias, sendo que uma cópia ficou com o pesquisador e outra cópia ficou com o participante da pesquisa.

O acesso às unidades de saúde do município de Pinhais foi obtido mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DISPENSAÇÃO DE FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

Dos 29 municípios que compõem a RMC, 23 municípios (79,31%) dispensam algum tipo de fitoterápico industrializado em suas unidades de saúde, tendo sido padronizados por uma comissão de Farmácia e Terapêutica, a qual elenca os medicamentos a serem comprados por cada município (QUADRO 3).

Os demais 6 municípios (20,69%) não realizam a dispensação de medicamentos fitoterápicos nas unidades básicas de saúde. São eles: Balsa Nova, Campo Largo, Campo Magro, Curitiba, Lapa e Rio Negro.

Muitas vezes os profissionais envolvidos desconhecem a existência das políticas públicas e diretrizes nacionais que tratam sobre o uso de fitoterápicos. O que pode contribuir com a não padronização ou com o pequeno elenco de fitoterápicos padronizados nos municípios, uma vez que estes documentos servem de instrumento de orientação, principalmente aos gestores, no momento de idealizarem a implantação de novos serviços (ARAUJO et al., 2014).

Além disso, a resistência ao uso de medicamentos “naturais”, aqui verificada para alguns municípios, pode estar relacionada à preferência pelo modelo biomédico, em que os profissionais, muitas vezes devido a sua formação que não abrange a fitoterapia, acabam desconhecendo ou não acreditando no potencial terapêutico dos fitoterápicos. Além disso, outros fatores podem estar relacionados com a dificuldade de implantar programas de fitoterapia, como o compromisso por parte dos gestores e profissionais bem qualificados que aceitem prescrever fitoterápicos (MARANHÃO, 2011; ISCHKANIAN, 2012; ARAUJO et al., 2014)

Dos 6 municípios da RMC que optam por não dispensar medicamentos fitoterápicos, apenas o município da Lapa possui em andamento a implantação de um projeto para desenvolver o programa denominado de Farmácias Vivas, para o qual recebeu recursos financeiros do Ministério da Saúde de R\$ 80.000,00 para fins de custeio do desenvolvimento e estruturação da assistência farmacêutica com a inclusão de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no SUS (BRASIL, 2013a); o que demonstra o interesse do setor público no desenvolvimento de

iniciativas que viabilizem por meio de investimentos a criação de projetos que envolvam os fitoterápicos.

A Farmácia viva no âmbito do SUS possui como objetivo desenvolver “todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais” tanto de plantas medicinais como de fitoterápicos, sendo proibido a sua comercialização (BRASIL, 2010b).

QUADRO 3 – MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA QUE DISPENSAM FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Município	Fitoterápico Industrializado Dispensado
Adrianópolis	Isoflavona de Soja , Xarope de Guaco
Agudos do Sul	Isoflavona de Soja, Xarope de Guaco e Composto*
Almirante Tamandaré	Isoflavona de Soja, Xarope de Guaco e Espinheira Santa
Araucária	<i>Ginkgo biloba</i>
Bocaiuva do Sul	Isoflavona de Soja, Xarope de Guaco e <i>Ginkgo biloba</i>
Campina Grande do Sul	Isoflavona de Soja e <i>Ginkgo biloba</i>
Campo do Tenente	Xarope de Guaco
Cerro Azul	Xarope de Guaco
Colombo	Isoflavona de Soja, Xarope de Guaco e Espinheira Santa
Contenda	Xarope de guaco, <i>Ginkgo biloba</i> , Composto*
Doutor Ulysses	Xarope de Guaco
Fazenda Rio Grande	Xarope de Guaco
Itaperuçu	Xarope de Guaco
Mandirituba	Espinheira Santa, Xarope de <i>Passiflora incarnata</i> L., Comprimidos de <i>Passiflora incarnata</i> L., Isoflavona de Soja, Xarope de Guaco, <i>Ginkgo biloba</i>
Piên	Xarope de Guaco, Isoflavona de Soja, Garra do Diabo
Pinhais	Isoflavona de Soja, Xarope de Guaco e Espinheira Santa
Piraquara	Xarope de Guaco
Quatro Barras	Castanha da Índia, <i>Ginkgo biloba</i> , Xarope de Guaco
Quitandinha	Xarope Guaco, Castanha da Índia comprimido, <i>Ginkgo biloba</i> e Composto*
Rio Branco do Sul	Xarope de Guaco
São José dos Pinhais	Xarope de Guaco
Tijucas do Sul	Isoflavona de Soja
Tunas do Paraná	Isoflavona de Soja, Xarope de Guaco e Espinheira Santa

* Composto de *Valeriana officinalis* L., *Crataegus oxyacantha* L., *Passiflora incarnata* L.

FONTE: A autora (2016).

Além dos municípios aqui estudados, outros Estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará e municípios do Brasil já implantaram a fitoterapia no SUS tendo como base as políticas que incentivam esta inclusão (MARANHÃO, 2011; REIS et al., 2004; SILVA et al., 2006).

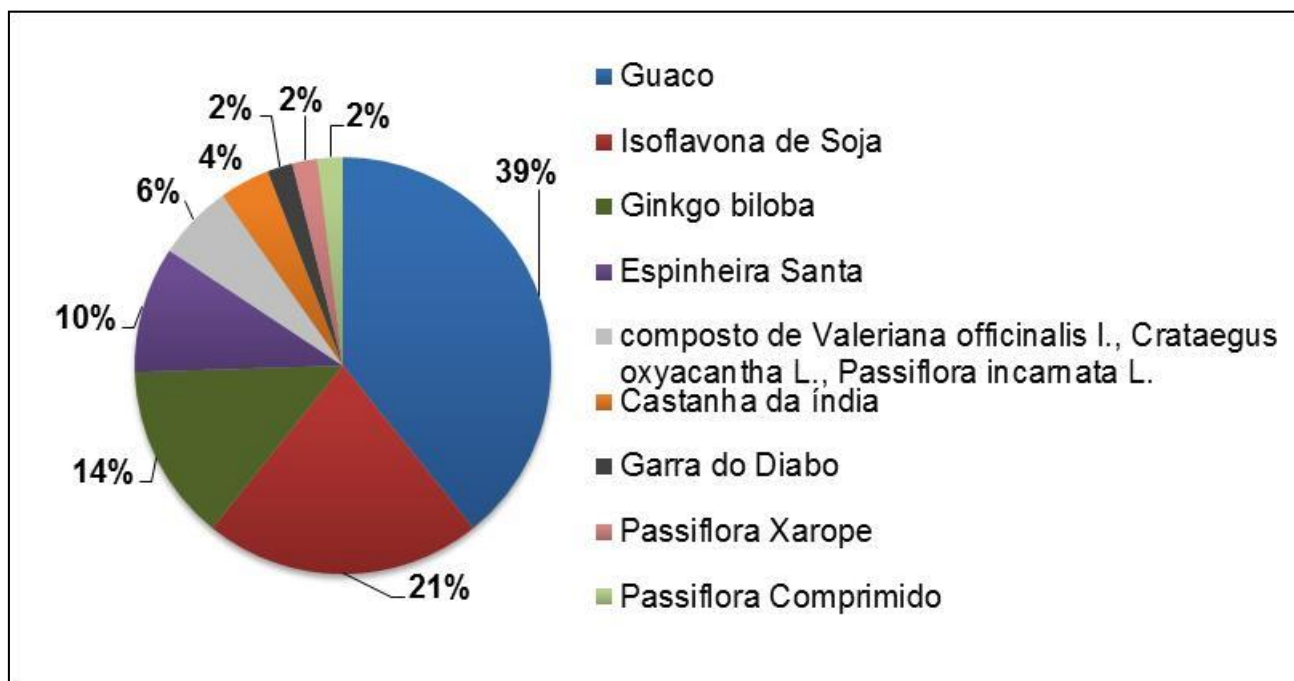
Segundo o Ministério da Saúde, a disponibilidade destes medicamentos proporciona um desempenho importante em cuidados na atenção básica à saúde, além de auxiliar na ampliação de alternativas de um tratamento seguro, eficaz e bem aceito pelos pacientes (BRASIL, 2012a).

Com a distribuição destes fitoterápicos nas unidades de saúde é estimulado o uso de recursos naturais na prevenção de doenças e recuperação da saúde, além de possibilitar a adoção, no SUS, de alternativas complementares de terapia devidamente amparadas por políticas públicas que incentivam a implantação dos fitoterápicos no SUS (BRASIL, 2006a).

A partir da regulamentação desta prática integrativa, o SUS consegue inserir os fitoterápicos na lista dos componentes básicos da assistência farmacêutica, proporcionando acesso mais fácil da população a estes medicamentos. O que é reforçado pela Portaria nº 1.555 de 2013, a qual trata do Financiamento da Assistência Farmacêutica (BRASIL 2013a).

Nos municípios da RMC são 9 os medicamentos fitoterápicos dispensados (FIGURA 7), destes, alguns não fazem parte da RENAME, que são o Composto de *Valeriana officinalis* L., *Crataegus oxyacantha* L., *Passiflora incarnata* L., a Castanha da Índia, o *Ginkgo biloba*, e a *Passiflora incarnata* L. em xarope e em comprimido.

FIGURA 7 – FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS DISPONÍVEIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA



FONTE: A autora (2016).

Observando os fitoterápicos industrializados disponíveis nos municípios das RMC, 4 deles se mostram mais frequentes, sendo eles: Xarope de Guaco (39%), Isoflavona de Soja (21%), *Ginkgo biloba* (14%) e Espinheira Santa (10%) (FIGURA 7).

Destes 4 medicamentos, apenas o *Ginkgo biloba* não se encontra padronizado na lista da RENAME, mas faz parte da relação de medicamentos do município (REMUME), para atender a demanda daquela população.

A maior prevalência dos medicamentos Xarope de Guaco, Isoflavona de Soja e Espinheira Santa pode estar relacionada ao fato de serem fitoterápicos disponibilizados pelo Consórcio Paraná Saúde, que tem estes medicamentos padronizados para aquisição, facilitando, desta maneira, a obtenção dos mesmos pelos municípios (CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, 2016).

Quando se avalia a diversidade dos fitoterápicos disponíveis nas unidades de saúde, observa-se que os municípios dispõem com maior frequência 1 ou 3 fitoterápicos industrializados (43,45% e 39,13% respectivamente), e a minoria opta por dispensar 2, 4 ou 6 fitoterápicos industrializados (8,70%, 4,35% e 4,35% respectivamente) (QUADRO 3).

Grande parte dos municípios da RMC apresenta um pequeno elenco de fitoterápicos industrializados disponíveis para dispensação na rede de atenção básica, o que demonstra a dificuldade enfrentada pelos municípios em conseguir expandir as opções de produtos fitoterápicos no componente básico, oferecido pelo serviço público.

De forma complementar observou-se que o município de Mandirituba possui mais opções, disponibilizando 6 (seis) fitoterápicos padronizados em sua REMUME, o que reafirma o proposto anteriormente.

De acordo com Araújo (2014), estratégias como a maior oferta de disciplinas nos cursos de graduação da área, a capacitação profissional, o apoio da equipe multiprofissional, em conjunto com a sensibilização dos gestores e profissionais de saúde contribuiriam para a inserção da fitoterapia.

4.2 DEFINIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Dentre os 29 municípios que compõem a RMC, os cinco mais populosos que optam por dispensar fitoterápicos industrializados são: São José dos Pinhais, Colombo, Araucária, Pinhais e Almirante Tamandaré (TABELA 2) (IBGE, 2010).

TABELA 2 – ESTIMATIVA POPULACIONAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Município	Habitantes
São José dos Pinhais	264.210
Colombo	212.967
Araucária	119.123
Pinhais	117.998
Almirante Tamandaré	103.204

FONTE: IBGE (2010).

O município de São José dos Pinhais incluiu recentemente, no início de 2016, o xarope de Guaco em seu elenco, pois até o ano anterior o município não pactuava a dispensação de fitoterápicos. Colombo possui grande parte de seu sistema de controle de estoque de medicamentos fitoterápicos realizado manualmente, o que

dificulta a realização de levantamento de dados sobre os fitoterápicos dispensados, bem como a sua confiabilidade. O município de Araucária apresenta um elenco reduzido, tendo padronizado apenas o *Ginkgo biloba*. Almirante Tamandaré, por sua vez, disponibiliza o mesmo elenco padronizado em Pinhais (Isoflavona de Soja, Guaco e Espinheira Santa), porém apresenta uma população amostral inferior.

4.3 DISPENSAÇÃO DOS FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS NO MUNICÍPIO DE PINHAIS

O município de Pinhais opta por dispensar alguns fitoterápicos industrializados, padronizados em sua REMUME, que são: *Mikania glometa* (Guaco) em xarope, *Maytenus ilicifolia* (Espinheira Santa) em cápsulas e *Glycine Max* (Isoflavona de Soja) em cápsulas (PINHAIS, 2015).

De acordo com a Instrução Normativa nº 02 de 13 de maio de 2014, tanto o Guaco como a Espinheira Santa são classificados como produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado, diferente da Isoflavona de Soja que está relacionada na Lista de medicamentos fitoterápicos de Registro simplificado (BRASIL, 2014b).

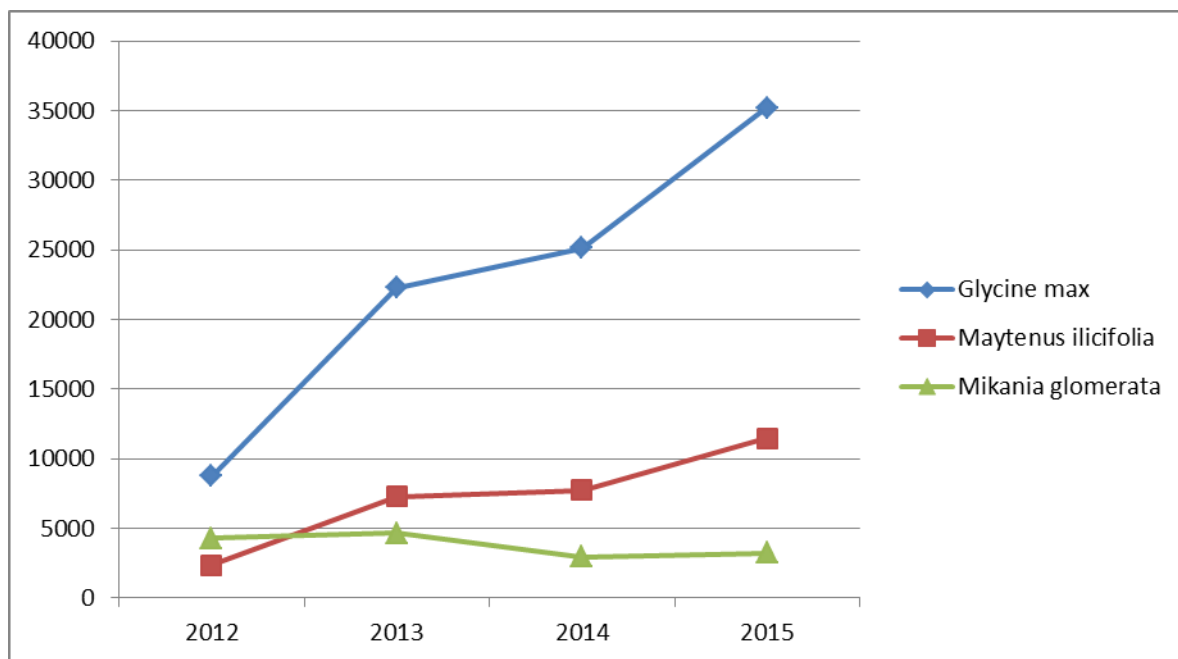
A principal característica que diferencia uma classe da outra é que o medicamento fitoterápico comprova sua segurança e eficácia por meio de estudos e evidências clínicas, já o produto tradicional fitoterápico utiliza como critério para comprovação de segurança e efetividade o uso bem estabelecido e citado na literatura técnico-científica (BRASIL, 2014a).

A criação desta nova classe, de produto tradicional fitoterápico estabelecida pela resolução RDC Nº 26, de 13 de maio de 2014, a qual “Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos”; tem como um de seus objetivos possibilitar o conhecimento à população e aos prescritores, que o fitoterápico utilizado pode ter sido submetido a testes clínicos que comprovem a sua eficácia ou que estes tenham a sua segurança estabelecida pelo conhecimento e uso tradicional pela população.

Tendo estabelecido a principal diferença entre as classes que aqui generalizamos como “fitoterápicos industrializados”, a quantidade total dos fitoterápicos industrializados dispensados no município pesquisado no período de

2012 a 2015 foi obtida a partir de relatórios gerados com auxílio do programa WinSaúde (FIGURA 8).

FIGURA 8 – FREQUÊNCIA DA DISPENSAÇÃO DOS FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS EM PINHAIS NO PERÍODO DE 2012 – 2015



FONTE: A autora, (2016).

Foi verificado que, no decorrer do período estudado, a prescrição de *Glycine max* vem aumentando de maneira expressiva, representando 70,63% dos medicamentos fitoterápicos dispensados no município de Pinhais no ano de 2015, 70,2% em 2014, 65,1% em 2013 e 56,9% em 2012.

A *Maytenus ilicifolia*, foi o segundo fitoterápico mais dispensado em 2015, com 22,94%; mostrando também um crescimento de unidades dispensadas no período estudado. Em 2014 representou 21,5%, em 2013 21,2% e em 2012 15,3%.

Por fim, a *Mikania glomerata*, com 6,42% foi o fitoterápico menos dispensado em Pinhais no ano de 2015. Podemos observar que houve uma redução no número de unidades dispensadas no decorrer do período estudado, em 2014 representou 8,3%, em 2013 13,7% e em 2012 27,8%. Vários são os fatores que podem justificar esta redução, como a menor prescrição pela equipe médica, a redução de doenças respiratórias, dificuldades relacionadas a sua aquisição, entre outros.

A aquisição destes medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde ocorre exclusivamente pelo Consórcio Paraná Saúde, conforme instruções da Portaria nº 1.555 de 2013 (BRASIL, 2013a), a qual aprova as normas de financiamento na assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

4.4 CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINHAIS

O município de Pinhais possui um gestor responsável para cada unidade de saúde. Sendo assim, a amostra populacional foi composta por 10 gestores, que possuem entre 30 e 59 anos, sendo 90% (n=9) do sexo feminino e 10% (n=1) do sexo masculino (TABELA 3).

TABELA 3 – FAIXA ETÁRIA DOS GESTORES

Idade	f	%
30-39	4	40
40-49	5	50
50-59	1	10
Total	10	100

FONTE: A autora (2016).

Todos apresentavam formação de nível superior no curso de Enfermagem, e 80% realizaram curso de Pós-graduação.

As competências gerenciais exercidas por profissionais enfermeiros vem sendo justificada pela estruturação das disciplinas da graduação, que possuem como foco o gerenciamento. Isso contribui com o desenvolvimento de competências voltadas à gestão e administração, neste caso de unidades de saúde (CUNHA, 2006; ROTHBARTH, 2009). A predominância de profissionais enfermeiros na gestão de unidades de saúde também está de acordo com outros estudos (ARAÚJO, 2014).

Em relação ao tempo em que os gestores atuam no município de Pinhais, 60% já desempenham suas atividades há 8 anos ou mais, demonstrando a grande experiência nos cargos exercidos.

4.4.1 Importância da Inserção dos Fitoterápicos no SUS sob o olhar do Gestor

Quando questionados sobre o uso pessoal de fitoterápicos industrializados, 90% relataram que utilizam desta terapia, e que obtiveram bons resultados (100%).

Todos se mostraram favoráveis à disponibilização de fitoterápicos nas Unidades de Saúde em que atuam, considerando importante a dispensação destes aos usuários do SUS (100%), sendo ressaltados por eles alguns motivos relevantes (TABELA 4).

TABELA 4 – MOTIVOS CONSIDERADOS IMPORTANTES PELOS GESTORES SOBRE A DISPONIBILIZAÇÃO DE FITOTERÁPICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Motivos	f	%
- “Apresentam bons resultados”; - “Boa aceitação pelos pacientes”; - “Menos efeitos colaterais”; - “Não causam dependência”; - “São menos prejudiciais”.	6	60
“Menor Custo”	3	30
“Importante estender elenco aos usuários do SUS”	1	10

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

Experiências semelhantes foram relatadas por gestores de outras localidades, que também demonstram a mesma percepção em relação à inserção da fitoterapia na atenção básica, onde 94% dos diretores das Unidades de Saúde acreditam que, além de contribuir com seus benefícios, é mais uma opção que pode reduzir os gastos com medicamentos convencionais (ARAÚJO, 2014).

Em relação ao custo destes medicamentos nem sempre se pode afirmar que estes possuem um valor mais acessível quando comparado com o medicamento correspondente presente na REMUME do município. Como é o caso da espinheira santa, que quando comparada com o omeprazol demonstra que o tratamento com o fitoterápico acabaria saindo mais caro. Diferente do observado para o xarope de guaco e isoflavona de soja, que se mostram com custo reduzido (TABELA 5).

TABELA 5 – CUSTO DOS MEDICAMENTOS PACTUADOS PELO MUNICÍPIO DE PINHAIS

Fitoterápicos	Preço	Medicamento	Preço
Xarope Guaco	R\$2,20/frasco	Ambroxol 3mg/ml	R\$15,37 c/ 120ml (tabela ABC Farma)
Isoflavona de Soja 150mg	R\$27,31 caixa com 60 comprimidos	Premarin (estrogênios conjugados) 0,625mg	R\$26,77 cx c/ 28 comprimidos (tabela ABC Farma)
Espinheira Santa	R\$9,89 caixa com 50 comprimidos	Omeprazol 20mg	R\$18,368 cx c/ 560 comprimidos (preço de aquisição pelo Consórcio)

FONTE: Prefeitura de Pinhais (2016).

A fim de verificar o conhecimento dos gestores em relação às opções de fitoterápicos disponibilizados pelo município de Pinhais, foi perguntado a eles quais as opções disponíveis (TABELA 6).

TABELA 6 – FITOTERÁPICOS CITADOS PELOS GESTORES

Medicamentos fitoterápicos disponíveis na unidade de saúde	f	%
Espinheira Santa	6	60
Guaco	6	60
Isoflavona de Soja	2	20

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

Comparou-se a resposta do gestor com a padronização do município e observou-se que 1 pessoa não soube relatar se havia a disponibilização de fitoterápicos industrializados em sua unidade, afirmando que não conhecia a padronização de fitoterápicos no município. Apenas 10% citaram corretamente as três opções oferecidas pelo município, 50% lembraram-se apenas de um fitoterápico, e os demais (30%) citaram dois fitoterápicos, a Espinheira Santa e o Guaco os mais lembrados.

Estes profissionais, de modo geral, observam a fitoterapia como uma alternativa ao tratamento convencional (50%), alguns relatam que a sua utilização no SUS se enquadraria melhor como um coadjuvante aos tratamentos (30%), tendo

20% relatado que os fitoterápicos poderiam ser vistos de ambas as formas (como alternativa e como coadjuvante), de acordo com a situação.

4.4.2 Conhecimento dos Gestores em relação às Políticas Públicas que Regulamentam os Fitoterápicos no SUS

A fim de investigar o conhecimento destes profissionais acerca da legislação envolvida com o tema fitoterápicos no SUS, foi questionado se possuíam conhecimento sobre políticas públicas relacionadas ao tema, 80% disseram não conhecer políticas relacionadas ao assunto, 20% afirmaram conhecer que existem políticas que regulamentam a implantação dos fitoterápicos em unidades de saúde. Destes, 1 citou como exemplo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

De forma semelhante, Araújo (2014) verificou a inserção da fitoterapia em unidades de saúde da família de São Luiz, Maranhão, e, ao questionar aos gestores das unidades de saúde sobre seus conhecimentos em relação a políticas públicas que normatizam a fitoterapia no âmbito do SUS, 81% desconheciam as normas vigentes e 56% não conheciam a existência da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Segundo Thiago (2011) e Fontenele (2013), a falta de esclarecimento dos gestores sobre as diretrizes nacionais que envolvem o tema também pode ser evidenciada em outras localidades.

O Ministério da Saúde procura trabalhar a inclusão das políticas como a PNPIC no SUS, pois estas são responsáveis por incentivar a incorporação e implementação de práticas como a fitoterapia na atenção básica, visando o cuidado humanizado e continuado (BRASIL, 2012c).

Em um estudo realizado por André (2007), foram entrevistados gestores de unidades de saúde, sendo questionado a eles quais seriam os conhecimentos gerenciais relevantes ao gestor que desempenha suas atividades em unidades básicas de saúde. Entre os pontos citados, temos em destaque o conhecimento sobre as propostas do SUS, bem como o comprometimento com a proposta oferecida pela atenção básica, de acordo com a realidade do município.

No presente estudo, de acordo com os questionamentos realizados, 80% dos gestores entrevistados relataram que o município não oferece cursos de atualização na área de fitoterápicos, tendo sido demonstrado interesse por parte dos profissionais para realização de cursos para atualização da equipe envolvida.

O Ministério da Saúde, observando a necessidade de ampliar a oferta de cursos que fortaleçam as PICS nos serviços de saúde, investe em estratégias de formação por meio de cursos que possibilitam a interação e troca de experiências com outros profissionais (DAB, 2016). Como exemplo, tem-se o curso de Capacitação em Gestão de Práticas Integrativas e Complementares, sugerida aos gestores e públicos afins. O qual possui como base a PNPIIC para o fortalecimento de ações de PICS nas Redes de Atenção à Saúde (DAB, 2016).

4.4.3 Dificuldades Enfrentadas pelos Gestores

Sobre as dificuldades observadas por eles em relação à prescrição destes produtos, 90% não observam resistência por parte dos médicos na prescrição destes medicamentos. 10% relatou que existe resistência médica e que isso está relacionado à dúvida do profissional em relação à eficácia dos fitoterápicos e à resistência a mudança e a cultura dos profissionais.

Porém, quando questionados se eles observam interesse por parte dos médicos em indicar tratamentos com base em fitoterápicos, apenas 1 gestor relatou posicionamento favorável (TABELA 7).

TABELA 7 – RELATO DOS GESTORES EM RELAÇÃO À ACEITAÇÃO MÉDICA

Interesse por parte dos médicos na manutenção dos Medicamentos Fitoterápicos na unidade?	f	%
Sim	1	10
Não	7	70
Não responderam	2	20
Total	10	100

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

Ao avaliar o posicionamento dos profissionais médicos em relação à inserção de fitoterápicos na atenção básica, sob o ponto de vista do gestor, constatou-se que

ainda existe resistência por parte da classe médica (70%) em inserir os fitoterápicos como prática terapêutica.

De modo semelhante, Dutra (2009), em um estudo realizado com profissionais médicos em Anápolis - Goiás, relata que apenas 17% dos entrevistados mostraram-se favoráveis em relação à introdução de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, o que reforça o observado no estudo realizado.

Mesmo que ainda existam profissionais com resistência ao uso de fitoterápicos, os gestores das Unidades de Saúde de Pinhais observaram que existe interesse por parte dos pacientes em realizar tratamentos com estes medicamentos (60%), tendo enfatizado que é importante a prescrição destes produtos pelos médicos, pois existem perigos relacionados à automedicação, como possibilidade de intoxicações, uso incorreto pelos pacientes que acreditam que não faz mal por se tratar de um produto de origem natural (CORDEIRO et al., 2005; VEIGA JR et al., 2005).

De maneira geral os gestores consideram importante a implantação de fitoterápicos no SUS, mesmo com o limitado conhecimento sobre o tema.

4.5 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINHAIS

A amostra dos profissionais médicos vinculados às Unidades de Saúde do município de Pinhais foi composta por 44 indivíduos de 4 nacionalidades diferentes (TABELA 8), predominantemente com idades entre 25 – 69 anos, sendo a maioria do sexo masculino (TABELA 9).

TABELA 8 – NACIONALIDADE DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

Nacionalidade	f	%
Brasil	39	88,64
Argentina	1	2,27
Cuba	3	6,82
México	1	2,27
Total	44	100

(f) frequência
FONTE: A autora (2016).

A participação de médicos de outras nacionalidades demonstra a efetiva participação e implantação do Programa Mais Médicos, instituído pela Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que possui como um de seus objetivos “ formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013d).

TABELA 9 – FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

Idade			Masculino		Feminino	
	f	%	f	%	f	%
25-29	8	18,18	1	2,27	7	15,91
30-39	16	36,36	9	20,45	7	15,91
40-49	7	15,91	3	6,82	4	9,09
50-59	8	18,18	7	15,91	1	2,27
60-69	5	11,36	4	9,09	1	2,27
Total	44	100	24	54,55	20	45,45

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

Quanto ao tempo de trabalho destes profissionais nas unidades de saúde, observamos que a equipe, em sua maioria, atua no município entre 2 e 4 anos (TABELA 10).

TABELA 10 – TEMPO DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE PINHAIS

Tempo de trabalho	f	%
Até 1 ano	12	27,27
2 a 4 anos	15	34,09
5 a 7 anos	3	6,82
8 anos ou mais	14	31,82
Total	44	100

FONTE: A autora (2016).

Por meio da faixa etária dos entrevistados, predominantemente entre 30 – 39 anos, observa-se que a equipe médica possui uma formação superior mais recente, porém fica evidente ainda a falta da inclusão de disciplinas que abordem práticas integrativas como a fitoterapia no currículo do curso de medicina.

A grande maioria destes profissionais (72,73%) não realizaram disciplinas sobre fitoterapia durante o curso de graduação, apenas 25% afirmaram ter tido disciplinas nesta área, e 2,27% não souberam informar.

A inclusão de disciplinas na graduação de medicina que abordem as práticas integrativas e complementares ainda é escassa. Com a falta de estímulo a estas terapias, como a fitoterapia, o profissional compreende como uma prática contrária à medicina científica alopática (QUEIROZ, 2000).

A formação acadêmica dos profissionais médicos pode estar relacionada também com o desconhecimento sobre as políticas de saúde que envolvem o tema, demonstrando a preferência pelo modelo biomédico (ISCHKANIAN, 2012).

O Ministério da Saúde, a fim de institucionalizar a inclusão efetiva da fitoterapia no sistema de saúde, já afirmava a importância de estimular e promover conhecimentos sobre a fitoterapia nos currículos dos profissionais atuantes nesta área (BRASIL, 1998b).

De modo a complementar a PNPIC e a PNPMF recomendam a inserção de disciplinas que englobem o tema plantas medicinais e fitoterapia, além de incentivar o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

4.5.1 Experiência Médica com o uso próprio e Prescrição de Fitoterápicos Industrializados

Os médicos, quando questionados se já haviam realizado o uso pessoal de fitoterápicos industrializados, 77,27% afirmaram que sim. Destes, 79,41% obtiveram um bom resultado com o tratamento realizado; 8,82% não obtiveram o efeito desejado e 11,76% não souberam informar.

A fim de verificar o elenco dos fitoterápicos industrializados prescritos pelos médicos, estes foram questionados sobre quais seriam os fitoterápicos que mais eram prescritos por eles (TABELA 11). Destes, apenas uma pequena parcela (9,52%) explicitou não prescrever fitoterápicos aos seus pacientes, justificando como motivos a resistência médica e a falta de conhecimento dos profissionais.

TABELA 11 – FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS CITADOS PELOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

Fitoterápicos Industrializados prescritos pelos médicos	f	%
Guaco	19	47,50
Isoflavona de Soja	14	35,00
<i>Passiflora incarnata</i> L. (Sintocalmy®)	13	32,50
<i>Ginkgo biloba</i>	11	27,50
<i>Salix alba</i> L., <i>Crataegus oxyacantha</i> L., <i>Passiflora incarnata</i> L. (Passiflorine®, Passalix®)	9	22,50
<i>Hedera helix</i> L. (Abrilar®)	7	17,50
<i>Valeriana officinalis</i> L.	7	17,50
Castanha da Índia	5	12,50
<i>Maytenus ilicifolia</i> (Espinheira Santa)	4	10,00
<i>Tribulus terrestris</i>	2	5,00
<i>Pelargonium sidoides</i> (Kaloba®, Umckam®)	2	5,00
<i>Arnica montana</i> Pomada	2	5,00
<i>Hypericum perforatum</i>	1	2,50
Imescard® (<i>Polygonum hidropiper</i> , <i>Aloína</i> , <i>Atropa belladonna</i> e <i>Cephaelis ipecacuanha</i>)	1	2,50
<i>Garcinia cambogia</i>	1	2,50
<i>Mentha crispa</i> (Giamebil®)	1	2,50
<i>Panax ginseng</i>	1	2,50
Não prescreve	4	9,52
Total	44	

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

Em destaque, o fitoterápico mais lembrado pelos médicos foi o Xarope de Guaco (47,50%) semelhante ao observado no grupo de pacientes, seguido da Isoflavona de Soja (35%) e da *Passiflora* (32,50%). Destes a *Passiflora* não consta na REMUME de Pinhais, além de não estar presente também na RENAME.

Nota-se que nem todos os fitoterápicos citados pelos médicos estão disponíveis pelo SUS na RENAME e na REMUME do município estudado, porém constam na RENISUS (Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS), a qual é composta por espécies vegetais que possuem potencial para desenvolvimento de produtos que são de interesse do SUS, sendo estes pré-selecionados por pesquisadores de fitoterápicos de diversas regiões. Dos medicamentos citados, a *Salix alba* L., *Passiflora incarnata* L., *Maytenus ilicifolia*, *Polygonum hidropiper*, *Mentha crispa*, constam na lista da RENISUS (RENISUS, 2014).

A prescrição dos fitoterápicos industrializados demonstra o interesse por parte dos profissionais médicos em dispor desta terapia, o que pode ser verificado em outras regiões, nas quais os profissionais envolvidos também afirmam a prescrição destes produtos (SILVA, 2003).

A prescrição de fitoterápicos vem desta maneira aumentar a opção terapêutica para os profissionais da saúde, contando com a segurança de um produto padronizado e com eficácia e qualidade garantida (KLEIN, et al, 2009).

4.5.2 O uso da Fitoterapia como Terapia Complementar ao Tratamento Convencional

Quanto à opinião dos médicos sobre a inclusão dos fitoterápicos, 43,18% consideram esta prática como uma alternativa ao tratamento convencional, 25% utilizam-no como um coadjuvante, sendo que 31,82% afirmam que os fitoterápicos podem ser tanto uma alternativa como um coadjuvante.

Ao questionar a necessidade de realizar a substituição de uma prescrição, 52,27% relatam já ter realizado a troca de um fitoterápico por um medicamento sintético, devido a não obtenção da melhora clínica desejada.

A grande maioria dos profissionais (93,18%) considera importante a dispensação de fitoterápicos como complementar ao tratamento dos usuários na atenção básica à saúde. Porém, relatam que existem problemas que dificultam o avanço do uso de fitoterápicos no SUS (QUADRO 4), sendo a falta de conhecimento médico o motivo mais citado pelos profissionais entrevistados.

TABELA 12 – DIFICULDADES CONSIDERA COMO PROBLEMA PELA EQUIPE MÉDICA PARA O AVANÇO DO USO DOS FITOTERÁPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Categorias de dificuldade	f	%
Formação médica	22	55
Poucos estudos na área	9	22,5
Aquisição municipal	8	20
Desconhecimento e descrença do paciente	5	12,5
Resistência médica	5	12,5
Gestão	4	10
Influência da indústria farmacêutica	2	5
Total	40	

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

A falta de conhecimento por parte da equipe médica sobre o uso dos fitoterápicos se mostrou como a principal dificuldade enfrentada por estes profissionais (55%), muito se deve à formação médica que prioriza uma formação acadêmica alopática convencional, distanciando as práticas integrativas e complementares disponibilizadas no SUS.

Outro questionamento citado pelos médicos do presente estudo está relacionado aos poucos estudos na área (22,5%) que comprovem a eficácia dos medicamentos, carecendo de respaldo científico. Neste contexto, a prática médica tem como princípio norteador a medicina baseada em evidências, onde a equipe médica questiona os poucos estudos clínicos que comprovem a segurança, eficácia, interações medicamentosas, entre outros (ROSA et al., 2011).

Rosa e colaboradores (2011) relatam que os profissionais médicos possuem pouco conhecimento sobre o assunto. Entretanto, uma maior intenção de uso ocorre quando o conhecimento acerca do assunto está bem estabelecido e comprovado cientificamente.

De forma semelhante, a falta dos fitoterápicos para dispensação em unidades de saúde também foi relatada por profissionais de outros estados, de acordo com o descrito por Silva (2003). No município de Maracanaú (Ceará), os médicos que atendem a atenção básica também ressaltam a falta destes medicamentos para dispensação, dificultando a prescrição e avanços da utilização de fitoterápicos no SUS (SILVA, 2003).

No atual estudo, os médicos entrevistados relataram que a quantidade dos fitoterápicos industrializados disponíveis para a dispensação nas unidades de saúde ainda é reduzida, não atendendo a demanda das prescrições.

As principais dificuldades citadas pelos profissionais entrevistados assemelham-se com o estudo de Fontenele (2013), que cita a deficiente formação acadêmica dos profissionais em fitoterapia e a sensibilização dos gestores como uma das principais dificuldades e desafios em inserir a fitoterapia na atenção básica. Corroborando com estes dados, Araújo (2014) ainda resalta o compromisso do gestor, o apoio da Secretária de Saúde, a capacitação profissional e a aceitação pelos prescritores.

Diferente do citado em outros estudos (ROSA et al., 2011), em que a equipe médica reconhece que existe uma boa aceitação pelos pacientes na utilização da

fitoterapia, os profissionais entrevistados relataram a descrença do paciente como uma dificuldade a ser enfrentada na aceitação da terapia.

O que pode ser relacionado com a pequena porcentagem (3,42%) de pacientes entrevistados no presente estudo que, ao serem questionados se aceitariam a fitoterapia como alternativa de tratamento, responderam de forma negativa, elencando alguns principais motivos, como “Demora para funcionar”; “Não funciona”.

4.5.3 A busca por Atualização pelo Profissional de Saúde sobre Fitoterapia

Em relação à busca de informações e educação permanente sobre fitoterápicos, 50% afirmaram não realizar a busca por informações sobre fitoterápicos e fitoterapia, 47,73% afirmam buscar informação sobre estes assuntos, e 2,27% não responderam.

Quanto à obtenção destes conhecimentos para solucionar dúvidas relacionadas ao tema, observou-se o uso de diversas fontes de consultas, como, periódicos (59,09%), outros profissionais de saúde (31,82%), meios de comunicação (29,55%), conhecimento popular (9,09%). Somente 2,27% relataram que não tem dúvidas sobre o assunto, sendo que em alguns casos o profissional respondeu mais de uma alternativa.

Quando indagados sobre a realização de cursos adicionais sobre fitoterápicos, apenas 22,73% relataram ter realizado algum curso na área. Destes, 80% são cursos de aperfeiçoamento e 20% cursos de especialização.

Ao questionar a disponibilidade de cursos de atualização sobre fitoterápicos oferecidos pelo município, a grande maioria (95,45%), relata que não foi ofertado nenhum curso por parte do município, mas que se houvesse oportunidade haveria interesse sobre o tema (97,62%).

Pode-se observar que existe interesse por parte dos médicos em participar de palestras que tragam assuntos atualizados sobre fitoterápicos. A busca e obtenção do conhecimento sobre o tema fitoterapia poderia despertar no profissional médico uma maior intenção de prescrever aos seus pacientes o uso de medicamentos fitoterápicos, conforme o observado no estudo realizado por Rosa e colaboradores (2011).

Seria importante a oferta de palestras e cursos por parte do município, onde o tema fitoterapia, bem como plantas medicinais, pudesse ser debatido com base em estudos embasados cientificamente, de forma a possibilitar maior confiança por parte do médico em prescrever e incluir os fitoterápicos como uma alternativa ao tratamento dos pacientes.

A pouca oferta de cursos também é observada em outras localidades, onde os profissionais de saúde relatam a pouca oferta de treinamentos aos trabalhadores das unidades de saúde sobre plantas medicinais e fitoterápicos (BRUNING et al., 2012). De maneira complementar, Rosa e colaboradores (2011) ressaltam que investimentos na capacitação profissional contribuiriam na institucionalização da fitoterapia na atenção básica, tornando-a uma prática mais frequente.

O Ministério da Saúde busca pela atualização dos gestores por meio da oferta de cursos que englobem as PICS, considera também importante à atualização dos médicos e demais profissionais envolvidos, sem restrição de público. O que vem sendo concretizado com a disponibilização de cursos que de maneira estratégica contribuem com a formação destes profissionais.

No período de 2014 a 2016, mais de 17.500 profissionais de saúde iniciaram processo de formação de cursos oferecidos sobre PICS, mais de 6500 concluíram, 11 mil estão em andamento. Foi prevista para 2017, a formação de mais 9.000 trabalhadores da Atenção Básica nos cursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (DAB, 2016).

Alguns exemplos de cursos online oferecidos pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde são:

- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa;
- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa;
- Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde;
- Curso de Qualificação em Plantas Medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica (à ser lançado);

Todos os cursos possuem como norteador as diretrizes da PNPIC, e visa à troca de experiências e interação entre os profissionais envolvidos.

4.5.4 O conhecimento dos profissionais sobre diretrizes que regulamentam a inclusão da fitoterapia no SUS

A construção de políticas públicas que possibilitaram a inclusão dos fitoterápicos no SUS data anteriormente a criação do SUS, em 1988, quando a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) por meio da Resolução nº 08, incluiu a Fitoterapia nos serviços de saúde (BRASIL, 1988b).

No mesmo sentido, as Conferências Nacionais de Saúde 8ª (1986), 10ª (1996), 12ª (2003) recomendam a inclusão da fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares do SUS (CNS, 1986; CNS, 1996; BRASIL, 2001a; CNS, 2004).

A fim de respaldar o uso desta alternativa terapêutica, outras resoluções importantes servem como instrumento para a consolidação da fitoterapia no SUS, sendo estas a PNPIC no SUS, e a PNPMF (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Dos profissionais entrevistados, apenas 22,72% relataram ter conhecimento sobre políticas públicas que regulamentam o uso de plantas medicinais, fitoterápicos como práticas integrativas pelo SUS.

Em um estudo realizado por Thiago (2011), com médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família, pode ser observado resultado semelhante. Dos entrevistados, apenas 10,8% relataram ter conhecimento sobre a PNPIC. Embora exista pouco conhecimento por parte da equipe envolvida, 81,4% concordava com a sua inclusão no SUS, sendo favoráveis ao que ela propõe (THIAGO, 2011).

Corroborando com o exposto por Thiago (2011), Dutra (2009) já havia observado o pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre a PNPIC, tendo relatado o total desconhecimento dos profissionais de saúde entrevistados em sua pesquisa.

Somente 54,55% dos profissionais entrevistados afirmaram ter conhecimento dos fitoterápicos disponibilizados pelo município estudado, sendo citados alguns exemplos (TABELA 11).

4.5.5 Formação Médica para diferentes nacionalidades

Ao relacionar a realização de disciplinas com conteúdos sobre fitoterapia no período da graduação com a nacionalidade dos profissionais envolvidos foi observado que os médicos estrangeiros que participaram de disciplinas sobre fitoterapia são em percentagem significativamente superior aos profissionais brasileiros ($p < 0,05$) (TABELA 13).

O mesmo pode ser observado quando analisado o cruzamento da realização de cursos adicionais na área de fitoterapia após a graduação com a nacionalidade dos profissionais, sendo que, os profissionais estrangeiros que tiveram curso adicional sobre fitoterapia são em percentagem significativamente superior aos profissionais brasileiros ($p < 0,05$) (TABELA 13).

TABELA 13 – RELAÇÃO DA NACIONALIDADE DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS COM A REALIZAÇÃO DE DISCIPLINAS E CURSOS SOBRE FITOTERAPIA

Disciplina sobre fitoterapia						Cursos adicionais sobre fitoterapia				
Nacionalidade	Sim		Não		Total	Sim		Não		Total
	f	%	f	%		f	%	f	%	
Brasil	6	54,55	32	100	38	6	60,00	33	97,06	39
Argentina	1	9,09	0	0	1	0	0,00	1	2,94	1
Cuba	3	27,27	0	0	3	3	30,00	0	0	3
México	1	9,09	0	0	1	1	10,00	0	0	1
Total	11		32		43	10		34		44
Valor de p	0,0001					0,0068				

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Políticas Públicas que regulamentam o uso de fitoterápicos no SUS, incentivam a inclusão efetiva da fitoterapia nos currículos dos profissionais atuantes nesta área por meio de disciplinas, pesquisas, tecnologias e inovação (BRASIL, 1998b; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Porém, cada instituição de ensino possui poder discricionário de escolher as disciplinas abordadas no decorrer dos cursos de todas as áreas de saúde, o que ocorre também com a organização do Curso de Graduação em Medicina, o qual é definido pelo respectivo colegiado de curso, que possui como base as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014c).

Apesar de se considerar a prática da fitoterapia como prioridade no ensino, pesquisa e extensão, grande maioria dos cursos oferecem disciplinas que abordam as práticas integrativas como matéria optativa, o que pode levar os acadêmicos a não considerarem como importante este tema na grade curricular e formação médica.

Tomando como exemplo, foram analisadas as disciplinas que compõem o currículo do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Inicialmente, não foram identificadas disciplinas de caráter obrigatório que envolvam as práticas integrativas citadas na PNPIC. Foram identificadas apenas as disciplinas de Acupuntura, Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas (40 horas) e Fundamentos de Homeopatia e de Fitoterapia (40 horas), todas de natureza optativa (UFPR, 2015).

Ao analisar as disciplinas que compõem o curso de medicina em outros países como Cuba (Universidade de Ciências Médicas de Habana), México e Argentina (Universidade de Buenos Aires), não foram encontradas disciplinas que envolvem de modo específico o uso de fitoterápicos. Uma possibilidade seria que nestas instituições o tema seja abordado em outras disciplinas mais abrangentes como aquelas que envolvam práticas terapêuticas tradicionais (HABANA, 2016; UBA, 2015; UNAM, 2011).

4.6 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A amostra populacional composta pelos pacientes entrevistados das unidades de saúde do município de Pinhais incluiu indivíduos acima de 18 anos, sendo que 70,04% eram do sexo feminino e 29,96% eram do sexo masculino (TABELA 14), com diferentes níveis de escolaridade (TABELA 15).

TABELA 14 – FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES ENTREVISTADOS

IDADE	f	%
18-19	7	2,62
20-29	47	17,60
30-39	42	15,73
40-49	51	19,10
50-59	51	19,10
60-69	49	18,35
70-79	18	6,74
80 ou mais	2	0,75
Total	267	100

(f) Frequência.

FONTE: A autora (2016).

TABELA 15 – NÍVEIS DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES ENTREVISTADOS

ESCOLARIDADE	f	%
Ensino Fundamental Incompleto	45	16,85
Ensino Fundamental Completo	28	10,49
Ensino Médio Incompleto	75	28,09
Ensino Médio Completo	82	30,71
Ensino Superior Incompleto	12	4,49
Ensino Superior Completo	15	5,62
Pós-Graduação	2	0,75
Não sabe informar	8	3,00
Total	267	100

(f) Frequência.

FONTE: A autora (2016).

No que se refere à escolaridade dos entrevistados, pode-se observar que a amostra estudada é composta, em sua maioria, por pacientes que cursaram o ensino médio completo (30,71%). Logo em seguida, com uma pequena diferença (28,09%) temos o grupo de pacientes que não haviam completado o ensino médio.

4.6.1 Utilização de Fitoterápicos pelos Pacientes Entrevistados

Independente do sexo ou idade, 56,18% dos indivíduos entrevistados relatou fazer uso de fitoterápicos industrializados quando necessário. Quando questionados sobre o local de obtenção destes medicamentos, 21,33% relataram que conseguiram nas farmácias das unidades de saúde do município estudado. Para a aquisição destes medicamentos nas unidades de saúde é necessário que o paciente possua uma prescrição fornecida pelo médico da unidade.

Quando avaliada a escolaridade dos pacientes que fazem o uso de fitoterápicos, observou-se que 33,33% deles completaram o ensino médio, seguido por 28% de pacientes que não concluíram o ensino médio, não sendo um dado suficiente para afirmar que uma maior escolaridade seja um fator determinante para o uso de fitoterápicos ($p < 0,05$). Diferente do observado por Silva (2003), onde os usuários de fitoterápicos das Unidades Básicas de atenção à Saúde da Família de Maracanaú majoritariamente haviam cursado apenas o ensino fundamental (75,7%).

Dos pacientes entrevistados 20,22% passaram por consultas médicas em que o profissional médico indicou um fitoterápico industrializado para realização da terapia, o que demonstra que, são prescritos em parte, alguns medicamentos disponíveis no elenco das unidades de saúde. Destes, 100% afirmaram que a escolha foi realizada pelo médico sem interferência ou preferência do paciente, o que ressalta a participação médica na prescrição destes medicamentos.

De maneira geral, 89,33% dos pacientes que utilizaram destes medicamentos, relatam melhora após a realização do tratamento, caracterizando o fitoterápico como uma alternativa terapêutica eficaz. Este resultado se assemelha ao obtido por Silva (2003), no qual os pacientes demonstraram uma boa aceitação em relação ao uso de fitoterápicos.

Quando questionados em relação à necessidade de interromper o tratamento por não obter a melhora desejada 83,33% disseram que não houve a necessidade de substituir o fitoterápico por uma outra alternativa de tratamento. Alguns pacientes inclusive relataram existir mais benefícios ao utilizar fitoterápicos, citando algumas vantagens relevantes quando comparados a outros produtos e medicamentos sintéticos (QUADRO 4).

QUADRO 4 – VANTAGENS CITADAS PELOS PACIENTES QUE UTILIZAM FITOTERÁPICOS

Motivos alegados pelos pacientes para uso de Fitoterápicos
“Menos agressivo ao organismo”
“Sem contraindicações”
“Não causa dependência”
“Menos efeitos colaterais”
“Demora para funcionar, mas apresenta um bom resultado”
“Não tem química: é “natural”
“Mais confiável”
“Não é tóxico”
“Não faz mal à saúde”
“Igual ao medicamento comum (sintético)”
“Mais barato”

FONTE: A autora (2016).

O fato de estes medicamentos possuírem como origem as plantas facilita sua aceitação. Tomazzoni e colaboradores (2006), de maneira semelhante, observaram que a preferência pelo uso de plantas medicinais está relacionada com a crença e associação por parte dos pacientes de que as plantas tem capacidade de cura, são mais confiáveis, eficazes e apresentam menos efeitos colaterais do que os demais medicamentos sintéticos.

Seguindo a mesma linha de pensamento, alguns pacientes associam que a química dos produtos de origem sintética possa ser prejudicial ao organismo, promovendo mais efeitos colaterais, ao invés de contribuir com a melhora de determinada patologia (TEIXEIRA, 2001).

Os pacientes que utilizam de produtos que possuem as plantas como origem, normalmente associam a segurança destes medicamentos com o fato de serem produtos derivados de uma fonte “natural”, acreditando que não existem contraindicações em relação ao seu uso, por não conterem “química”. Porém, embora a população geralmente acredite que os medicamentos fitoterápicos não possuem efeitos colaterais, causem menos dependência, sejam menos agressivos, estudos clínicos confirmam que as plantas apresentam constituintes tóxicos que podem causar riscos a saúde (CALIXTO, 2001).

Dos 43,82% dos pacientes que não utilizam fitoterápicos, 96,58% mostraram-se favoráveis ao seu uso, quando necessário, sendo que 3,42% não aceitariam os fitoterápicos como uma alternativa de tratamento. Algumas justificativas para a não

adesão à utilização de fitoterápicos foram relatadas como, a “demora em funcionar” e “afirmação de que não funciona”.

Todos os entrevistados citaram um exemplo de fitoterápico industrializado que já haviam utilizado ou que estavam utilizando (TABELA 16).

TABELA 16 - FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS CITADOS PELOS PACIENTES ENTREVISTADOS

Denominação	Forma farmacêutica	f	%
Arnica (<i>Arnica montana</i> L.)	Pomada	2	1,33
Castanha da índia (<i>Aesculus hippocastanum</i> L.)	Cápsulas	11	7,33
Espinheira Santa (<i>Maytenus officinalis</i> Mabb.)	Cápsulas	11	7,33
Figatil® (<i>Cynara scolymus</i> L., <i>Peumus boldus</i> Molina)	Xarope	1	0,67
Garra do Diabo (<i>Harpagophytum procumbens</i> DC. ex Meissn. e H. zeyheri Decne)	Cápsulas	5	3,33
Ginkgo (<i>Ginkgo biloba</i> L.)	Cápsulas	9	6,0
Guaco (<i>Mikania glomerata</i> Spreng.)	Xarope	51	34
<i>Hedera helix</i> L.	Xarope	5	3,33
Isoflavona de Soja (<i>Glycine max</i> (L.) Merr.)	Cápsulas	17	11,33
Passiflora (<i>Passiflora incarnata</i> L.)	Cápsulas/ Xarope	17	11,33
Sominex® (<i>Valeriana officinalis</i> L., <i>Passiflora incarnata</i> L., <i>Crataegus oxyacantha</i> L.)	Cápsulas	7	4,67
<i>Tribulus terrestris</i> L.	Cápsulas	4	2,67
Valeriana (<i>Valeriana officinalis</i> L.)	Cápsulas	10	6,67

(f) Frequência.

FONTE: A autora (2016).

Pode-se observar a predominância da utilização de xarope de guaco pelos pacientes entrevistados (33,33%). O seu uso terapêutico ocorre devido ao grande conhecimento popular associado aos conhecimentos científicos (ALCANTARA et al., 2015), que comprovam e indicam a sua ação como expectorante e broncodilatadora, entre outras indicações, proporcionadas pela presença de compostos químicos como por exemplo as cumarinas (CAVALLAZZI, 2006; AMARAL et al., 2009; BRASIL, 2011b; RENAME, 2015). O que pode contribuir com o fato de este ser o medicamento mais apontado pelos pacientes entrevistados.

Ao observar a utilização destes medicamentos pelos pacientes entrevistados pode-se observar o consumo de produtos não pactuados pelo município estudado.

De forma complementar, fica evidente que mesmo aqueles medicamentos disponibilizados pelo município não são, em sua totalidade, adquiridos nas unidades de saúde, uma vez que dos 34% dos pacientes que usam o Guaco 14,66% tiveram o acesso ao medicamento pelo SUS. Em relação à Isoflavona de Soja, dos 11,33% que fazem o seu uso, 4% relata que o acesso foi nas unidades de saúde de Pinhais. Por fim, ao avaliar a aquisição da Espinheira Santa, 2,66% dos 7,33% que a utilizam conseguiram este medicamento de forma gratuita, nas unidades do SUS.

Não se pode deixar de lado a automedicação que ocorre entre os pacientes, que pode ter como influências a recomendação de pessoas leigas, ou até mesmo prescrições anteriores obtidas em consultas médicas (ARRAIS et al., 1997; VILARINO et al., 1998). Isso pode explicar, em parte, a não aquisição em sua totalidade dos fitoterápicos industrializados pactuados pelo município de Pinhais.

Com relação ao uso de plantas medicinais, 81,65% dos pacientes entrevistados fazem o seu uso para tratar problemas de saúde, relatando obter bons resultados (93,58%).

A boa aceitação observada para o uso de plantas medicinais também pôde ser observada no estudo realizado por Tomazzoni e colaboradores (2006), no qual 96% dos indivíduos entrevistados, independente do sexo ou idade, relataram fazer o uso de plantas, por acreditar que os produtos naturais apresentam menos efeitos colaterais.

Dados semelhantes aos encontrados por Oliveira e colaboradores (2012), onde 91,6% dos pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde no município de Pelotas – Rio Grande do Sul, já haviam realizado o uso de plantas medicinais pelo menos uma vez para o tratamento de certas doenças. Vale ressaltar que algumas plantas também possuem características tóxicas e restrições de usos, sendo utilizadas de maneira indiscriminada por possuir a característica de “ser natural” (GOMES et al., 2005).

Desta forma fica evidente a grande proporção do uso de plantas medicinais pelos pacientes da atenção básica (OLIVEIRA et al., 2012).

4.6.2 Associação entre as Variáveis Estudadas para o grupo de Pacientes

Quando relacionados a idade dos pacientes com o uso de **fitoterápicos industrializados** com a **melhora observada por eles após a realização do tratamento**, não observou-se diferença estatística significativa ($p=0,88$ e $p=0,08$ respectivamente) (TABELA 15).

TABELA 17 – RELAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES COM O USO E EFICÁCIA DOS FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS UTILIZADOS

Idade	Faz ou já fez uso de fitoterápico industrializado?				Viu melhora após o tratamento?			
	Sim		Não		Sim		Não	
	f	%	f	%	f	%	f	%
18-19	2	1,33%	5	4,27%	2	1,49%	0	0,00%
20-29	29	19,33%	18	15,38%	27	20,15%	2	12,50%
30-39	23	15,33%	19	16,24%	17	12,69%	6	37,50%
40-49	28	18,67%	23	19,66%	24	17,91%	4	25,00%
50-59	31	20,67%	20	17,09%	30	22,39%	1	6,25%
60-69	27	18,00%	22	18,80%	24	17,91%	3	18,75%
70-79	8	5,33%	10	8,55%	8	5,97%	0	0,00%
80 ou mais	2	1,33%	0	0,00%	2	1,49%	0	0,00%
Total	150		117		134		16	
Valor de p	0,88				0,08			

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

De maneira semelhante, quando comparados a idade dos pacientes com o uso de **plantas medicinais** (TABELA 18), não houve diferença significativa ($p=0,52$). A comparação entre a idade e a melhora observada pelos usuários após a realização do tratamento também não apresentou diferença estatística ($p=0,56$).

TABELA 18 – RELAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES COM O USO E EFICÁCIA DAS PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS

Idade	Normalmente utiliza “plantas medicinais” para tratar algum problema de saúde?				Viu melhora após o tratamento?			
	Sim		Não		Sim		Não	
	f	%	f	%	f	%	f	%
18-19	5	2,29%	2	4,08%	4	1,96%	1	7,14%
20-29	40	18,35%	7	14,29%	37	18,14%	3	21,43%
30-39	33	15,14%	9	18,37%	32	15,69%	1	7,14%
40-49	40	18,35%	11	22,45%	37	18,14%	3	21,43%
50-59	41	18,81%	10	20,41%	40	19,61%	1	7,14%
60-69	44	20,18%	5	10,20%	42	20,59%	2	14,29%
70-79	13	5,96%	5	10,20%	11	5,39%	2	14,29%
80 ou mais	2	0,92%	0	0,00%	1	0,49%	1	7,14%
Total	218		49		204		14	
Valor de p	0,52				0,56			

(f) frequência

FONTE: A autora (2016).

Fica evidente o uso de fitoterápicos e plantas medicinais em uma população predominantemente entre as faixas etárias de 50-59 anos (20,67%) e 60-69 anos (20,18%) respectivamente. Observou-se aqui um aumento do número de usuários de plantas e fitoterápicos industrializados em faixas etárias de idade mais elevada. Como o encontrado por Genovés e colaboradores (2001) que identificou um maior consumo de plantas medicinais em grupos com idades entre 45 e 64 anos.

Este comportamento pode estar relacionado com o fator cultural e histórico que envolve a utilização de fitoterápicos no tratamento de diversas doenças (LEITE; SCHOR, 2005), o que pode favorecer o uso destes produtos de acordo com o aumento da faixa etária do grupo estudado. De maneira complementar, os idosos utilizam com mais frequência os serviços de saúde, estando em um grupo que correspondem a faixas comuns de diagnósticos de diversas doenças crônicas (CHAIMOWICZ, 1997; VERAS, 2009).

Ao realizar outras comparações como: Melhora do tratamento com fitoterápicos X sexo; Melhora do tratamento com fitoterápicos X Escolaridade, não foram observados resultados com relevância estatística.

Ao analisar a interrupção do tratamento, pode-se observar que os pacientes que interrompem o tratamento realizado com fitoterápicos industrializados são aqueles que não obtiveram a melhora desejada com estes produtos ($p < 0,05$).

Ao cruzar os dados obtidos sobre o sexo dos pacientes entrevistados com o uso de fitoterápicos industrializados pode-se observar que existe uma relação estatística significativa ($p < 0,05$), demonstrando que as mulheres utilizam mais fitoterápicos industrializados, quando comparadas aos homens (TABELA 19). Diferente do observado quando comparamos o uso de plantas medicinais com o sexo dos pacientes, pois não se observou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,25$).

TABELA 19 – COMPARAÇÃO ENTRE O SEXO DOS PACIENTES E O USO DE FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS OU PLANTAS MEDICINAIS

INDUSTRIALIZADOS E PLANTAS MEDICINAIS									
Sexo	Utiliza fitoterápico industrializado?				Sexo	Utiliza plantas medicinais?			
	Sim		Não			Sim		Não	
	f	%	f	%		f	%	f	%
Feminino	120	80,00%	67	57,26%	Feminino	156	71,56%	31	63,27%
Masculino	30	20,00%	50	42,74%	Masculino	62	28,44%	18	36,73%
Total	150		117		Total	218		49	
Valor de p	0,0001				Valor de p	0,25			

FONTE: A autora, 2016.

Observou-se neste estudo, que a maioria dos entrevistados que relataram fazer uso de fitoterápicos industrializados, bem como de plantas medicinais, eram do sexo feminino. Estas características foram evidenciadas e estão de acordo com outros estudos. Silva (2003) relatou o uso de fitoterápicos na atenção básica à saúde no município de Maracanaú-Ceará, em que 85,4% dos pacientes entrevistados eram do sexo feminino. Estudos demonstram que existe uma maior prevalência do uso de medicamentos por mulheres em relação aos homens (BERTOLDI et al., 2004).

Os resultados obtidos poderiam indicar que o sexo dos pacientes pode ser considerado como um fator determinante para o uso de fitoterápicos industrializados. Isto pode estar envolvido com a maior frequência com que as mulheres buscam por atendimento médico e realizam tratamentos de saúde, por apresentarem uma maior preocupação com sua saúde. Também pode estar relacionado à maior oferta de programas de saúde pelas unidades de saúde para o público feminino (BERTOLDI et al., 2004).

A menor porcentagem observada no grupo dos homens que utilizam fitoterápicos pode estar relacionada com situações culturais, que impõem ao homem

procurar menos os serviços de atenção primária à saúde, por relacionar a doença com a fraqueza e a insegurança, gerando a desvalorização do autocuidado (GOMES et al., 2007; FIGUEIREDO, 2005).

4.7 SUGESTÃO PARA REALIZAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS MUNICIPAIS SOBRE FITOTERÁPICOS

Levando em consideração a disponibilidade de alguns fitoterápicos nas unidades de saúde do município de Pinhais, apresentam-se a seguir algumas recomendações que se julgam pertinentes como devolutiva ao município estudado, com o propósito de fortalecer e esclarecer o uso de fitoterápicos.

- a) Realização de cursos e palestras para capacitação dos profissionais na atenção básica, para que possam prescrever os fitoterápicos;
- b) Apresentação de políticas que apoiem e norteiem o uso da fitoterapia e demais práticas alternativas e complementares no SUS;
- c) Integração da Secretaria Municipal de Saúde com os gestores das unidades de saúde, a fim de identificar e discutir as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, que estejam relacionados ao uso de fitoterápicos;
- d) Promoção de discussões relacionadas ao tema, para conhecimento contra-indicações, reações adversas, por meio da leitura de artigos recentes sobre fitoterápicos, com o propósito de enriquecer o conhecimento sobre o tema;
- e) Desenvolvimento de projetos que visem, conforme a necessidade, a inclusão de novos medicamentos fitoterápicos na REMUME do município.

5. CONCLUSÕES

No presente estudo observou-se que:

- Os municípios da RMC, em grande maioria, se mostraram favoráveis à inclusão da fitoterapia como prática integrativa em suas unidades de saúde, pois disponibilizam alguma opção de fitoterápico industrializado padronizado no elenco de medicamentos da atenção básica à saúde, embora nem todos estejam presentes na RENAME;
- Quando se observa pontualmente um município, o de Pinhais, podemos observar que ainda é tímida a prescrição de medicamentos como o xarope de Guaco, que vem mostrando uma redução no número de unidades dispensadas com o passar dos anos. Entretanto, para *Glycine max* e *Maytenus ilicifolia* um crescimento em sua dispensação pode ser observada;
- Mesmo assimilando os termos de plantas medicinais e fitoterápicos industrializados, pode-se observar a boa aceitação pelos pacientes em realizar um tratamento com estes produtos; demonstrando que o fator cultural é responsável por essa realidade, já que existe há gerações uma crença de que produtos “naturais” não fazem mal à saúde.
- Profissionais de saúde prescrevem fitoterápicos industrializados, porém ressaltam que ainda existem muitas dificuldades envolvidas. Algumas das dificuldades citadas que comprometem sua implantação no SUS estão relacionadas ao pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema, poucas informações sobre a eficácia e segurança do tratamento realizado com estes produtos, as poucas opções padronizadas nos municípios, além do modelo atual que favorece o uso de medicamentos que possuem em sua composição substâncias ativas isoladas, de origem sintética ou natural;
- É necessário rever a formação de profissionais prescritores, sobretudo dos Médicos, para que seja ofertada formação que contemple os fitoterápicos, de forma

a estabelecer estes produtos no modelo de atenção à saúde e institucionalizar a fitoterapia no SUS;

- Tanto os médicos como os gestores consideram a fitoterapia como uma alternativa de tratamento convencional;

- Importante por parte do município estudado expandir o elenco dos fitoterápicos oferecidos e padronizados na REMUME, visto que os profissionais médicos prescrevem diversas opções de medicamentos fitoterápicos não pactuados pelo município;

- Ainda são escassos os estudos que abordem o uso de fitoterápicos industrializados disponíveis no SUS, sendo necessário explorar mais esta área de pesquisa. De maneira geral pode-se observar um maior foco na realização de estudos que possuem como objetivo a avaliação do uso de plantas medicinais na atenção básica;

- A partir dos resultados do presente estudo foi possível, como devolutiva ao município avaliado, propor estratégias para fortalecer a fitoterapia como prática racional em suas unidades de saúde;

- Para que ocorra de forma efetiva a concretização do uso de fitoterápicos industrializados na atenção básica é preciso que ocorra uma reorientação do modelo de atenção à saúde, em que os profissionais envolvidos (médicos, gestores), estejam preparados para desfrutar desta alternativa terapêutica.

E, embora ocorram várias ações no sentido de implementar os fitoterápicos no SUS, esse crescimento ainda não foi suficiente para torná-los uma prática frequente nos serviços de saúde. Esta implantação efetiva na atenção básica provavelmente acontecerá quando houver um comprometimento maior por parte dos serviços de saúde com as políticas governamentais existentes.

Para futuras pesquisas, sugere-se uma comparação da inserção da fitoterapia na atenção básica no cenário nacional, com o intuito de verificar as diferentes realidades presentes nas várias regiões de nosso país.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, R. G. L. F.; JOAQUIM, R. H. V. T.; SAMPAIO, S. F. Plantas medicinais: o conhecimento e uso popular . **Rev. APS.** v. 18, n.4, p. 470 - 482. out/dez. 2015.
- AMARAL, M. P. H.; VIEIRA, F. P.; LEITE, M. N.; AMARAL, L. H.; PINHEIRO, L. C.; FONSECA, B. G. et al. Determinação do teor de cumarina no xarope de guaco armazenado em diferentes temperaturas. **Rev. Bras. Farmacogn.** v. 19, n. 2B, p. 607-11. abr./jun. 2009.
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. (spe), p. 835-840, Dez. 2007.
- ANTONIO, G. D. **FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Interação de saberes e práticas de cuidado.** 302 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- ARAÚJO, W. R. M.; SILVA, R. V.; BARROS, C. S.; AMARAL, F. M. M. Inserção da fitoterapia em unidades de saúde da família de São Luiz, Maranhão: realidade, desafios e estratégias. **Rev. Bras. de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 32, p. 258-263, 2014.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.
- BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais.** 7ª Edição. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.
- BATISTA, L. M.; VALENÇA, A. M. G. A Fitoterapia no Âmbito da Atenção Básica no SUS: Realidades e Perspectivas. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 293-296, abr./jun., 2012.
- BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D.; HALLAL, P. C.; LIMA, R. C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-238, Abr. 2004.
- BRANDÃO, A. A Fitoterapia com certeza. **Pharmacia Brasileira.** Brasília – DF, n. 81, p. 22-28, Abril/Maio 2011.
- BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Cria a Central de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. de 1971. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm>. Acesso em: 05/05/2016.

BRASIL. Lei Complementar nº 14, de 08 de Julho de 1973. Estabelece as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 Jul. 1973. Seção 1, 11/6/1973, p. 5585.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988a.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN. Resolução nº 8 de 08 de março de 1988. Brasília, 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 11 de março de 1988b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set de 1990a. Seção 1, p. 18055

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez de 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília-DF. 1990c.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 jun de 1993. Seção 1, 22/6/1993, p. 8269.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.916, de 30 de Outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos**. Secretaria de Políticas de Saúde, 2001a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_18.pdf>. Acesso em: 09/05/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2001c.

BRASIL. Lei nº 10.520, de 17 de Julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da

Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jul de 2002. Seção 1, 18/7/2002, p. 1.
BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS no seu município garantindo saúde para todos. Série B, **Textos Básicos de Saúde**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 388 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mai de 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho nacional de secretários municipais de saúde**. O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília-DF. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 971, de 03 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 maio de 2006b.

BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de Junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jun. de 2006c. Disponível em: <
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm>.
Acesso em: 05/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília-DF. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, v. 9, n. especial, maio, p. 70-76, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica. **Diário Oficial da União**, DF, 26 nov de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada RDC nº 10, de 09 de Março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 mar. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 886 de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 abr, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21out de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa e produção de fitoterápicos ganham reforço**. Portal da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fitoterápicos são alternativa de tratamento no SUS**. Portal da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares. Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 31, Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 533 de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar de 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 13 de 19 de Junho de 2012. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao apoio à estruturação, consolidação e fortalecimento de Arranjos Produtivos Locais (APLs), no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, selecionados pelo Edital SCTIE nº 1, de 26 de abril de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jun de 2012f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jul de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº18 de 03 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 abr. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.846, de 26 de Novembro de 2013. Aprova o repasse dos recursos de investimento e custeio em parcela única para os Municípios e Estados selecionados para apoio à estruturação e ao fortalecimento da Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 nov de 2013c.

BRASIL. Lei. nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº26 de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 mai. 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 02 de 13 de maio de 2014. Publica a “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e a “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 de maio de 2014b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. 2014c. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: 16/10/2016.

BRASIL. Lei nº 13.089 de 12 de Janeiro de 2015. Institui o Estatuto da Metrópole, altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 Jan. 2015. Seção 1, 13/1/2015, p. 2.

BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2675-2685, Out. 2012.

CALIXTO, J. B. Medicamentos Fitoterápicos. In: YUNES, R. A.; CALIXTO, J. B. **Plantas Medicinais sob a ótica da Química Medicinal Moderna**. Santa Catarina: Editora Universitária, 2001. p. 297-315.

CAVALLAZZI, M. L. **Plantas medicinais na atenção primária à saúde**. 2006. 144, Dissertação, (Mestrado Centro de Ciências Médicas), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2006.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8. 1986. Brasília. 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17 a 21 de março de 1986. **Relatório Final**.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 10. 1996. Brasília. 10ª Conferência Nacional de Saúde: 2 a 6 de setembro de 1996. **Relatório Final**.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferência Sergio Arouca. 12.ª. 2003. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: **Relatório final** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 1ª. **Relatório final**: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). RESOLUÇÃO Nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 agosto 2013a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). RESOLUÇÃO Nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 agosto 2013b.

CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.consorcio-parana-saude.com.br/modelo1.asp?id=1>>. Acesso em: 12/01/2016.

COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. COMEC. **Revista da Região Metropolitana de Curitiba**. Curitiba, Abril de 2015.

COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. COMEC. 2012. **Mapa RMC**. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/Mapas2013/RMC_2013_Politico.pdf>. Acesso em: 09/03/2016.

CORDEIRO, C.H.G.; CHUNG, M. C.; SACRAMENTO, L. V. S. Interações medicamentosas de fitoterápicos e fármacos: *Hypericum perforatum* e *Piper methysticum*. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v.15, n.3, p. 272-278, Jul./Set. 2005.

CUNHA, A. P. da; SILVA, A. P. da; ROQUE, O. R. **Plantas e produtos vegetais em Fitoterapia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

CUNHA, I. C. K. O.; XIMENES NETO, F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.15, n. 3, p. 479-482, Jul./Set. 2006.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Informe PNPIB Novembro**. 2016. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_novembro_PICS.pdf>. Acesso em: 09/11/2016.

DUTRA, M. G. **Plantas Medicinais, Fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás**. 112 f. Dissertação. (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, 2009.

FERREIRA, T. S.; MOREIRA, C. Z.; CARIA, N. Z.; VICTORIANO, Z.; SILVA Jr, W. F.; MAGALÃES, J. C. Phytotherapy: an introduction to its history, use and application. **Rev. Bras. Plantas Med.** Campinas, v.16, n. 2, p. 290-298, Apr./June 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.10, n.1, p. 105-109, 2005.

FIGUEREDO, C.A.; GURGEL, I.D.G.; GURGEL JUNIOR, G.D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

FONTENELE, R, P.; SOUSA, D. M. P.; CARVALHO, A. L. M.; OLIVEIRA, F. A. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2385-2394, 2013.

GENOVÉS, J. S., et al. Consumo de hierbas medicinales y medicamentos. **Atención Primaria**. v. 28. n. 5, p. 311-314, 2001.

GOMES, E. C.; ELPO, E. R. S. ; GABRIEL,M.M. ; LOPES,M. Plantas Medicinais com Características Tóxicas Usadas pela População do Município de Morretes, PR. **Visão Acadêmica** (Online), Curitiba, v. 2, n.1, p. 77-80, 2005.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007.

HABANA, UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS. **Síntesis del Plan de Estudio de la Carrera de Medicina**. Disponível em: <<http://instituciones.sld.cu/ucmh/estudios-academicos-autofinanciados/sintesis-del-plan-de-estudio-de-la-carrera-de-medicina/>>. Acesso em: 01/11/2016.

HALLMAN-MIKOLACZAK. A. EbersPapyrus. The book of medical knowledge of the 16th century B.C. Egyptians. **Archiwum historii filozofii medycyny / Polskii Towarzys two Historii Medycyny i Farmacji**, v. 67, n. 1, p. 5-14, 2004.

HERBARIUM. **A ciência da Fitoterapia: Uma visão simples e científica**. Paraná, 2012.

IDS. **Desenvolvimento de Software e Assessoria LTDA**. 2015. Disponível em: <<http://ids.inf.br/>>. Acesso em: 31/07/2015,

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CENSO 2010**. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/pt/resultados>>. Acesso em: 9/06/2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2014**. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/pt/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2704>>. Acesso em: 9/06/2015.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C.F. Challenges of complementary and alternative medicine in the SUS aiming to health promotion. **Rev. Bras. Desenvol. Crescimento. Hum.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012.

KLEIN, T.; LONGHINI, R.; BRUSCHI, M.L.; MELLO, J.C.P. Fitoterápicos: um mercado promissor. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 30, n. 3, p. 241-248, 2009.

LEITE, S. N.; SCHOR, N. Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde. **Saúde Debate**, v.29, n.69, p.78-85, 2005.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002.

MARANHÃO, D. **Análise Situacional de Seis Programas de Fitoterapia Brasileiros**. 49 f. Monografia (Especialização em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos) – Complexo Tecnológico de Medicamentos, Fundação Oswaldo Cruz Farmanguinhos, Rio de Janeiro, 2011.

MARTINS, E. R.; CASTRO, D. M. de; CASTELLANI, D. C.; DIAS, J. E. **Plantas Medicinais**. Viçosa: Editora da UFV: Universidade Federal de Viçosa, 220 p. 2000.

MATOS, F. J. A. **Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. 3ª ed. Fortaleza: EUFC, 1998. 219p.

NIERO, R.; MALHEIROS, A.; BITTENCOURT, C. M. S.; BIAVATTI, M. W.; LEITE, S. N.; CECHINEL FILHO, V. Aspectos Químicos e Biológicos de Plantas Medicinais e Considerações sobre Fitoterápicos. In: BRESOLIN, T. M. B.; CECHINEL FILHO, V. **Ciências Farmacêuticas Contribuição ao Desenvolvimento de novos Fármacos e Medicamentos**. Itajaí: Univali, 2003. p. 11-56.

OGAVA, S. E. N.; PINTO, M. T. C.; KIKUCHI, T.; MENEGUETI, V. A. F.; MARTINS, D. B. C.; COELHO, S. A. D.; MARQUES, M. J. N. J.; VIRMOND, J. C. S.; MONTESCHIO, P.; D'AQUINO, M.; MARQUES, L. C. Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003). **Rev. Bras. Farmacognosia**, Maringá, v. 13, supl. 1, p. 58-62, 2003.

OLIVEIRA, R. A. G. **Introdução ao Estudo de Plantas Medicinais**. João Pessoa: UFPB/CAPES/PROIN, 1997.

OLIVEIRA, M. J. R.; SIMÕES, M. J. S.; SASSI, C. R. R. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v. 8, n.2, p. 39-41, 2006a.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.2379-2389. Nov. 2006b.

OLIVEIRA, S.G.D. et al. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 140, n. 2, p. 428-437, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **International Conference on Primary Health Care**. Alma ATA: OMS, 1978.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PARANÁ. Lei Estadual nº 6517 de 02 de Janeiro de 1974. Institui a Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba – COMEC. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, 02 Jan. 1974.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. Ed. Guanabara/Koogan, 1995.

PINHAIS (PR). **Prefeitura**, [2015]. Disponível em: <<http://www.pinhais.pr.gov.br/acidade/FreeComponent16content279.shtml>>. Acesso em: 30/07/2015.

PORTELA, A. S.; LEAL, A. A. F.; WERNER, R. P. B.; SIMÕES, M. O. S.; MEDEIROS, A. C. D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**. v. 31, n. 1, p. 09-14, 2010.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-375, Abr/Jun 2000.

REIS, M. C. P.; LEDA, P. H. O.; PEREIRA, M. T. C. L.; TUNALA, E. A. M. Experiência na implantação do programa de fitoterapia do município do Rio de Janeiro. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 42-49, mar. 2004.

RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS: RENAME 2014. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015.

RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS. **Ministério da Saúde**, p. 2, 2014. Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/07/renisus.pdf>.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, p. 131-65. 2011.

ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 311-318, Jan. 2011.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G.; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 321-329, Abr/Jun 2009.

SANTOS, R. L.; GUIMARAES, G.P.; NOBRE, M.S.C.; PORTELA, A.S. Análise sobre a Fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. Botucatu, v. 13, n. 4, p. 486-491, 2011.

SEMINÁRIO NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS, FITOTERÁPICOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. **Preparatório à Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**: 28 a 30 de agosto de 2003. Brasília/DF, 2003.

SILVA, M. I. G. **Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE)**. 2003. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SILVA, M. I. G.; GONDIM, A. P. S.; NUNES, I. F. S.; SOUSA, F. C. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Rev. Bras. De Farmacognosia**, João Pessoa, v. 16, n. 4, p. 455-462, dez. 2006.

SILVEIRA, P.F.; BANDEIRA, M.A.M.; ARRAIS, P.S.D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 618-626, out-dez. 2008.

SINGH, S.; ERNST, E. **Truque ou Tratamento**. Verdades e mentiras sobre a medicina alternativa. Rio de Janeiro: Record, 2013.

TEIXEIRA, J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, 2001.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**. [online] v. 45, n. 2, p. 249-57. 201.

TOMAZZONI, M, I. **Subsídios para a Introdução do uso de Fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel/Pr**. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) - Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

TOMAZZONI, M. I; NEGRELLE, R. R. B; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapeuta. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 115-121, Jan./Mar. 2006.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). **Plan de Estudios de la Carrera de Medicina (CS) 2861/92**. Disponível em: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/m_plan.htm>. Acesso em: 01/11/2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Graduação e disciplinas. Curso de Medicina**. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/medicina/disciplinas/>>. Acesso em: 01/11/2016.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM). **PLAN DE ESTUDIOS COMBINADOS EN MEDICINA**. 2011. Disponível em: <<http://www.facmed.unam.mx/fm/pecem/docs/PECEM.pdf>>. Acesso em: 01/11/2016.

VEIGA JUNIOR, V. F.; PINTO, A. C.; MACIEL, M. A. M. Plantas Medicinais: CURA SEGURA? **Quim. Nova**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 519-528, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VILARINO, J. F. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 43-49, 1998.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GESTORES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde

Questionário - Gestores

1) Iniciais do Nome:

2) Nacionalidade:

3) Idade:

☐ 18-19

☐ 40-49

☐ 70-79

☐ 20-29

☐ 50-59

☐ Acima de 80 anos

☐ 30-39

☐ 60-69

4) Sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

5) Escolaridade

☐ Superior

☐ Pós-Graduação

☐ Outro

Área de Formação: _____

6) Tempo de Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais?

☐ até 2 anos

☐ de 2 anos até 5 anos

☐ de 5 anos até 8 anos

☐ acima de 8 anos

7) Faz ou já fez uso de medicamentos fitoterápicos?

☐ Sim

☐ Não

Caso sua resposta seja SIM: O resultado obtido com o tratamento realizado foi eficaz?

☐ Sim

☐ Não

8) Quais medicamentos fitoterápicos estão disponíveis nesta unidade de saúde?

9) Você, enquanto gestor(a), é favorável à disponibilização dos Medicamentos Fitoterápicos nesta Unidade de Saúde?

☐ SIM

☐ NÃO

Explicar brevemente o motivo:

10) Na sua opinião, os medicamentos fitoterápicos podem ser:

- ☐ uma alternativa ao tratamento convencional;
☐ ou ser um coadjuvante.

11) O município fornece cursos de atualização na área de fitoterápicos?

- ☐ Sim ☐ Não

12) Observa interesse por parte dos usuários na manutenção dos Medicamentos Fitoterápicos?

- ☐ SIM ☐ NÃO

13) Observa interesse por parte dos prescritores (médicos) na manutenção dos Medicamentos Fitoterápicos na unidade?

- ☐ SIM ☐ NÃO

14) Você considera importante a dispensação de medicamentos fitoterápicos como complementar ao tratamento dos usuários do SUS?

- ☐ Sim ☐ Não

15) Possui conhecimento sobre alguma política pública sobre plantas medicinais, fitoterápicos ou outra prática integrativa complementar a saúde?

- ☐ Sim ☐ Não

Qual:

16) Você identificou alguma resistência à prescrição ou ao uso de Medicamentos Fitoterápicos nesta Unidade de Saúde?

- ☐ SIM ☐ NÃO

Qual(is)?

Quais estratégias têm utilizado para enfrentar estes problemas?

Espaço para livre expressão:

O que você gostaria de relatar algo relevante ao tema que não tenha sido abordado nas questões acima?

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde

Questionário - Profissional de Saúde

- 1) Iniciais do Nome:
- 2) Nacionalidade:
- 3) Idade:
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 25-29 | <input type="checkbox"/> 40-49 | <input type="checkbox"/> 70-79 |
| <input type="checkbox"/> 30-39 | <input type="checkbox"/> 50-59 | <input type="checkbox"/> Acima de 80 anos |
| | <input type="checkbox"/> 60-69 | |
- 4) Sexo:
- ☐ Feminino ☐ Masculino
- 5) Tempo de Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> até 2 anos | <input type="checkbox"/> de 2 anos até 5 anos |
| <input type="checkbox"/> de 5 anos até 8 anos | <input type="checkbox"/> acima de 8 anos |
- 6) Faz ou já fez uso de medicamentos fitoterápicos?
- ☐ Sim ☐ Não
- Caso sua resposta seja SIM: O resultado obtido com o tratamento realizado foi eficaz?
- ☐ Sim ☐ Não
- 7) Durante o curso de graduação foi realizada alguma disciplina sobre fitoterapia ou em alguma teve conteúdos de fitoterapia?
- ☐ Sim ☐ Não
- 8) Após a formação foi realizado algum curso adicional em fitoterapia?
- ☐ Sim ☐ Não
- Se SIM, descreva qual:
- ☐ Aperfeiçoamento ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

Outros: _____

9) Você busca a educação continuada sobre o tema, medicamentos fitoterápicos, fitoterapia?

() Sim () Não

10) Quando você tem alguma dúvida relacionada ao tema recorre ao que?

() Periódicos () Meios de comunicação () não acontece
() Conhecimento popular () outro profissional de saúde

11) Quais medicamentos fitoterápicos você costuma prescrever? Caso você não prescreva, existe algum motivo?

12) Você precisou substituir a prescrição de um medicamento fitoterápico por um medicamento alopático devido à ineficácia do medicamento fitoterápico na obtenção de melhora clínica do paciente?

() Sim () Não

13) Na sua opinião, os medicamentos fitoterápicos podem ser:

() uma alternativa ao tratamento convencional;
() ou ser um coadjuvante.

14) O município fornece cursos de atualização na área de fitoterápicos?

() Sim () Não

Caso sua resposta seja NÃO: seu houvesse a oportunidade você teria interesse em participar?

() Sim () Não

15) Qual a dificuldade que você considera como um problema no avanço do uso dos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde?

16) Você considera importante a dispensação de medicamentos fitoterápicos como complementar ao tratamento dos usuários do SUS?

() Sim () Não

17) Possui conhecimento sobre alguma política pública sobre plantas medicinais, fitoterápicos ou outra prática integrativa complementar a saúde?

() Sim () Não

Qual:

18) Tem conhecimento dos fitoterápicos disponibilizados no SUS em Pinhais? Quais?

APÊNDICE 3 – ENTREVISTA REALIZADA COM OS PACIENTES

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde

Dados do Paciente

1) Iniciais do Nome:

2) Endereço:

3) Idade:

☐ 18-19

☐ 40-49

☐ 70-79

☐ 20-29

☐ 50-59

☐ Acima de 80 anos

☐ 30-39

☐ 60-69

4) Sexo: ☐ Feminino

☐ Masculino

5) Escolaridade:

☐ Analfabeto

☐ Pré-escola

☐ Classe Especial

☐ Ensino Fundamental Incompleto

☐ Ensino Fundamental Completo

☐ Ensino Médio Incompleto

☐ Ensino Médio Completo

☐ Ensino Superior Incompleto

☐ Ensino Superior Completo

☐ Pós-Graduação

☐ Não sabe informar

Fonte: Adaptado de IBGE, (Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar), 2009.

6) Já usou “medicamento industrializado de planta” (medicamento fitoterápico, em cápsulas, comprimidos, gel, xarope, outros)?

☐ Sim

☐ Não

Se SIM:

7) Ele foi fornecido pela unidade de saúde?

☐ Sim

☐ Não

8) Você viu melhora após o uso, o tratamento funcionou?

☐ Sim

☐ Não

- 9) Você já precisou interromper o tratamento com o “medicamento industrializado de planta” para substituí-lo por outro medicamento para melhorar?
() Sim () Não
- 10) Se NÃO, você toparia fazer o uso de “medicamento industrializado de planta” para tratar algum problema de saúde?
() Sim () Não
- 11) O médico da Unidade de Saúde já te prescreveu algum “medicamento industrializado de planta” pronto, em cápsulas, xarope, OUTROS para você usar?
() Sim () Não
- 12) Foi você que pediu o tratamento com o “medicamento industrializado de planta”?
() Sim () Não
- 13) Normalmente utiliza ou “plantas medicinais” para tratar algum problema de saúde?
() Sim () Não
- 14) Em geral, você viu melhora após o uso, o tratamento funcionou?
() Sim () Não

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APLICADO AOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GESTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Prezado(a) participante:

Nós Caroline Gribner, Yanna Dantas Rattmann e Eliane Carneiro Gomes, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, gestor da Unidade de Saúde do município de Pinhais/PR, a participar de um estudo intitulado **UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR.**

Este estudo é uma pesquisa sobre o uso de fitoterápicos na atenção básica à saúde em unidades básicas de saúde no município de Pinhais, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde.

a) O objetivo geral deste estudo é verificar a utilização dos medicamentos fitoterápicos na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais.

b) Caso você participante da pesquisa, concorde em participar da pesquisa será necessário que você responda as perguntas presentes no questionário que irá receber do pesquisador.

c) O questionário será realizado com duração aproximada de 10 minutos, sendo aplicado na Unidade Básica de Saúde em que você se encontra (na sala do gestor).

d) Caso alguma pergunta lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder, sinta-se a vontade para não responder ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidir se responde ou não.

e) Espera-se com esta pesquisa melhorar a assistência farmacêutica da fitoterapia nas Unidades de Saúde. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

f) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: as pesquisadoras Caroline Gribner, Yanna Dantas Rattmann e Eliane Carneiro Gomes poderão ser encontradas no Prédio do Curso de Farmácia, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3360-4073. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (profissionais, gestores de saúde do município, professores e estudantes envolvidos no projeto de pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**, respeitando completamente o seu anonimato. Após a transcrição das informações contidas nos questionários os mesmos serão destruídos.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba-PR, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE)

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APLICADO AOS MÉDICOS PRESCRITORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS PRESCRITORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Prezado(a) participante:

Nós Caroline Gribner, Yanna Dantas Rattmann e Eliane Carneiro Gomes, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional prescritor da Unidade de Saúde do município de Pinhais/PR, a participar de um estudo intitulado **UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR.**

Este estudo é uma pesquisa sobre o uso de fitoterápicos na atenção básica à saúde em unidades básicas de saúde no município de Pinhais, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde.

a) O objetivo geral deste estudo é verificar a utilização dos medicamentos fitoterápicos na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais.

b) Caso você participante da pesquisa, concorde em participar da pesquisa será necessário que você responda as perguntas presentes no questionário que irá receber do pesquisador.

c) O questionário será realizado com duração aproximada de 10 minutos, sendo aplicado na Unidade Básica de Saúde em que você se encontra, na sala onde normalmente atende seus pacientes.

d) Caso alguma pergunta lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder, sinta-se a vontade para não responder ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidir se responde ou não.

e) Espera-se com esta pesquisa melhorar a assistência farmacêutica da fitoterapia nas Unidades de Saúde. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

f) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: as pesquisadoras Caroline Gribner, Yanna Dantas Rattmann e Eliane Carneiro Gomes poderão ser encontradas no Prédio do Curso de Farmácia, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3360-4073. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (profissionais, gestores de saúde do município, professores e estudantes envolvidos no projeto de pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**, respeitando completamente o seu anonimato. Após a transcrição das informações contidas nos questionários os mesmos serão destruídos.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba-PR, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE)

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APLICADO AOS USUÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DE PINHAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Prezado(a) participante:

Nós Caroline Gribner, Yanna Dantas Rattmann e Eliane Carneiro Gomes, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, usuário da Unidade de Saúde do município de Pinhais/PR, a participar de um estudo intitulado **UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR.**

Este estudo é uma pesquisa sobre o uso de fitoterápicos na atenção básica à saúde em unidades básicas de saúde no município de Pinhais, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde.

a) O objetivo geral deste estudo é verificar a utilização dos medicamentos fitoterápicos na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais.

b) Caso você participante da pesquisa, concorde em participar da pesquisa será necessário que você responda as perguntas presentes no questionário que irá receber do pesquisador.

c) O questionário será realizado com duração aproximada de 10 minutos, sendo aplicado na Unidade Básica de Saúde em que você se encontra, na recepção da unidade, próximo a sala onde o médico lhe oferecer o atendimento.

d) Caso alguma pergunta lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder, sinta-se a vontade para não responder ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidir se responde ou não.

e) Espera-se com esta pesquisa melhorar a assistência farmacêutica da fitoterapia nas Unidades de Saúde. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) Solicitamos a sua autorização para acessar o seu prontuário eletrônico, de onde serão coletadas informações a respeito dos medicamentos fitoterápicos utilizados na pesquisa, nós nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade dos seus conteúdos;

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

g) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: as pesquisadoras Caroline Gribner, Yanna Dantas Rattmann e Eliane Carneiro Gomes poderão ser encontradas no Prédio do Curso de Farmácia, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3360-4073. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (profissionais, gestores de saúde do município, professores e estudantes envolvidos no projeto de pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**, respeitando completamente o seu anonimato. Após a transcrição das informações contidas nos questionários os mesmos serão destruídos.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba-PR, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE)

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR

Pesquisador: Caroline Gribner

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49439615.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.363.771

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.363.771

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_versao2.docx	10:49:10	Caroline Gribner	Aceito
Outros	modelo14_declaracaofinal.PDF	16/11/2015 10:40:38	Caroline Gribner	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)